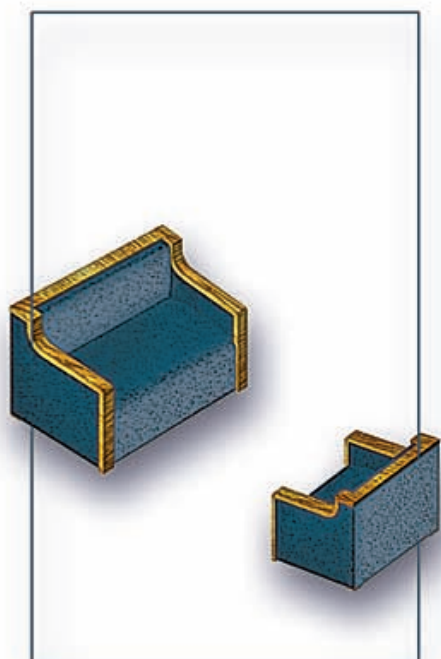




Alain Delourme
Edmond Marc

Pratiquer la psychothérapie



DUNOD

Pratiquer la psychothérapie

Collection *Psychothérapies*

LES PSYCHOTHÉRAPIES

- J. AUDET, D. KATZ, *Précis de victimologie générale*
C. BALLOUARD, *Le Travail du psychomotricien*
A. BIOY, A. MAQUET, *Se former à la relation d'aide*
V. BOUCHERAT-HUE et al., *Les Psychothérapies analytiques en institution*
A. BOYER-LABROUCHE, *Manuel d'art-thérapie*
S. CADY, *Psychothérapie de la relaxation*
M.-C. CÉLÉRIER, *Psychothérapie des troubles somatiques*
O. CHAMBON, M. MARIE-CARDINE, *Les Bases de la psychothérapie*
J.-P. CHARTIER, *Guérir après Freud*
G. DUCOURNEAU, *Éléments de musicothérapie*
E. GILLIÉRON
 - *Le Premier entretien en psychothérapie*
 - *Manuel de psychothérapies brèves*
G. LOPEZ, A. SABOURAUD-SÉGUIN et coll., *Psychothérapie des victimes*
E. MARC, *Le Changement en psychothérapie*
C. MIRABEL-SARRON, B. RIVIÈRE, *Précis de thérapie cognitive*
C. MIRABEL-SARRON, L. VERA, *L'Entretien en thérapie comportementale et cognitive*
H. PAUMELLE, *Le Rôle du corps en psychothérapie*
M. RUSZNIEWSKI, *Le Groupe de parole à l'hôpital*
SAMI-ALI et al., *Manuel de thérapies psychosomatiques*
B. SAMUEL-LAJEUNESSE, C. MIRABEL-SARRON, L. VERA, F. MEHRAN et coll., *Manuel de thérapie comportementale et cognitive*
C. VACHERET et al., *Pratiquer les médiations en groupes thérapeutiques*
L. VERA, C. MIRABEL-SARRON, *Psychothérapie des phobies*

L'ENFANT, L'ADOLESCENT ET LA FAMILLE

- M.-D. AMY, *Comment aider l'enfant autiste*
A. ANZIEU, L. BARBEY, J. BERNARD-NEY, S. DAYMAS, *Le Travail du dessin en psychothérapie de l'enfant*
A. ANZIEU, *Le Travail du psychothérapeute d'enfant*
A. ANZIEU, C. ANZIEU-PREMMEREUR, S. DAYMAS, *Le Jeu en psychothérapie de l'enfant*
C. ANZIEU-PREMMEREUR, M. POLLAK-CORNILLOT et al., *Les Pratiques psychanalytiques auprès des bébés*

- T. ATTWOOD, *Le Syndrome d'Asperger*
M. BERGER, *Le Travail thérapeutique avec la famille*
G. BLÉANDONU
 - *Les Consultations thérapeutiques parents-enfants*
 - *Le Soutien thérapeutique aux parents*
S. CADY, *L'Enfant allergique*
C. COMBE, *Soigner l'anorexie*
S. COOK-DARZENS, *Thérapie familiale de l'adolescent anorexique*
N. FABRE, *Le Travail de l'imaginaire en psychothérapie de l'enfant*
J.-M. GAUTHIER et al.
 - *Le Corps de l'enfant psychotique*
 - *L'Observation en psychothérapie d'enfants*
G. GEORGE, L. VERA, *La Timidité chez l'enfant et l'adolescent*
M.-R. MORO, *Psychothérapie transculturelle des enfants de migrants*
P. PRIVAT, D. QUÉLIN-SOULIGOUX, *L'Enfant en psychothérapie de groupe*
J.-L. SUDRES, *L'Adolescent en art-thérapie*

L'ADULTE ET LA PERSONNE ÂGÉE

- P. CHARAZAC
 - *Psychopathologie du patient âgé et de sa famille*
 - *Introduction aux soins gériatopsychiatriques*
M. CHARAZAC-BRUNEL, *Prévenir le suicide*
M.-C. CÉLÉRIER et al., *La Rencontre avec le malade*
M.-B. CHICAUD, *La Crise de la maladie grave*
M. CORCOS, M. SPERANZA et al., *Psychopathologie de l'alexithymie*
J.-P. DESCOMBEY, *Précis d'alcoologie clinique*
A. EIGUER, *Clinique psychanalytique du couple*
C. LACHAL, L. OUSS-RYNGAERT, M.-R. MORO et al., *Comprendre et soigner le trauma en médecine humanitaire*
H. GOMEZ,
 - *Soigner l'alcoolique*
 - *L'alcoolique, les proches, le soignant*
L. MORASZ,
 - *Le Soignant face à la souffrance*
 - *Comprendre la violence en psychiatrie*
A. MOREL, F. HERVÉ, B. FONTAINE, *Soigner les toxicomanes*
A. MOREL et coll., *Prévenir les toxicomanies*

Alain DELOURME
Edmond MARC

Pratiquer la psychothérapie

DUNOD

Consultez nos catalogues sur le Web



www.dunod.com

Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.

Le Code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements



d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée. Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).

© Dunod, Paris, 2004
ISBN 2 10 006881 4

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2° et 3° a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

TABLE DES MATIÈRES

<i>INTRODUCTION. L'INVITATION AU VOYAGE</i>	1
Unité et diversité	2
<i>Entre art et science, 3 • Positions et propositions, 3</i>	
Parcours	6

PREMIÈRE PARTIE

FINALITÉS

<i>INTRODUCTION. DES STRATÉGIES D'ÉVEIL</i>	11
1. Restaurer les capacités à communiquer et à aimer	15
La sécurisation	15
<i>Valérie et la recherche de justesse relationnelle, 17</i>	
Mobilisation émotionnelle et mobilité psychique	22
2. Développer la conscience	25
Autoconnaissance	25
<i>Valérie : dévoilement et dépassement de la honte, 27</i>	
Éclairer et contenir le monde interne	30
3. Construire la pensée et accorder la conduite	35
Désapprendre	36
Réapprendre	39
Comprendre	43
4. Intégrer le passé et envisager l'avenir	45
Faire un bon usage du passé	45
Réanimer l'avenir	48
<i>CONCLUSION. SE DÉCOUVRIR TOUT EN SE CONSTITUANT</i>	53

DEUXIÈME PARTIE

DISPOSITIFS

5. Le cadre	59
Le cadre externe du processus	60
Le cadre interne du praticien	64
Rigueur et souplesse	66
<i>Adaptations à l'intérieur d'un même cadre, 67 • Articulations de cadres différents, 68 • Des articulations diverses mais une démarche commune, 70</i>	
6. La relation	73
Une psychothérapie relationnelle	73
La dynamique transférentielle et contre-transférentielle	76
Alliance et innovation	78
Le mode d'être du praticien	83
7. Le temps en psychothérapie	87
La conscience du temps et le temps de la conscience	88
<i>La temporalité, 89 • Claire et la douleur du temps, 91 • Après-coup et répétition, 92 • Claire et la couleur du temps, 94</i>	
Les modalités temporelles de la psychothérapie	96
<i>Durée des séances, 97 • Fréquence des séances, 97 • Durée du processus, 99</i>	
Conclusion	100

TROISIÈME PARTIE

PROCESSUS

8. Expression et communication	103
Les troubles de la communication	103
Qu'est-ce que communiquer ?	106
<i>L'expression comme activité totale, 107</i>	
Les effets thérapeutiques de la parole	109
L'écoute et les interventions du thérapeute	112
<i>Attention flottante et empathie, 113 • Les différentes interventions, 114</i>	

9. Corps et émotion	123
L'œuvre fondatrice de Reich	124
<i>La cuirasse musculaire, 125</i>	
Les démarches psychocorporelles	127
Émotions et psychothérapie	131
<i>L'expression émotionnelle, 131 • Résonance émotionnelle, empathie et congruence, 133 • Jeux et scénarios, 135</i>	
10. Résistances et défenses	139
Des forces qui font obstacle à la guérison	140
Qu'est-ce que la résistance ?	141
<i>Les manifestations cliniques de la résistance et leur analyse, 143</i>	
Les résistances et le corps	144
<i>Les résistances caractérielles, 146 • L'inscription corporelle des défenses : la cuirasse musculaire, 148 • Autres apports, 148</i>	
Comment les traiter ?	150
<i>Peut-on ignorer les résistances ?, 150 • Une contribution originale, 151 • Mettre l'énergie de la résistance au service du changement, 152</i>	
11. Régression et progression	155
Qu'est-ce que la régression ?	155
<i>Les différentes formes de régression, 156 • Vers un usage thérapeutique de la régression, 157 • Formes bénignes et formes malignes, 159 • La régression à la dépendance, 161 • La régression comme processus thérapeutique, 163</i>	
Passé et présent	164
<i>Reflux ou entrave au développement, 165</i>	
Principes d'un travail régressif en psychothérapie	167
<i>Les indications, 167 • Le cadre, 168 • Relation thérapeutique et phases de la thérapie, 169</i>	
12. Conflits pulsionnels et construction identitaire	173
De la sexualité à la conscience de soi	175
Le soi et le sentiment d'existence	175
<i>Rôle décisif de l'environnement maternel, 177</i>	
Le normal et le pathologique	178
<i>Le miroir de la mère, 179 • Corps, pulsions et narcissisme, 180 • Les pathologies du soi, 181 • L'identitaire et le sexuel, 182</i>	
Mutations thérapeutiques	183
<i>L'aménagement du cadre, 184 • La relation thérapeutique, 184</i>	
13. Changer	187
L'offre et la demande	188

Les moteurs du changement	191
<i>L'expression spontanée, 192 • Apathie, empathie, sympathie, 193 • Abréaction, remémoration, anticipation, 194 • La prise de conscience, 195 • La mise en acte, 195</i>	
Pour quels résultats ?	196
<i>Devenir ce que je suis, être ce que je deviens, 197 • S'ouvrir aux autres, 198 • Vouloir sa vie, 199 • La fin de la thérapie, 200</i>	

QUATRIÈME PARTIE

MODALITÉS

14. Psychothérapies de l'enfant et de l'adolescent	205
PAR CHRISTIAN DUBART	
Les psychothérapies d'enfants	205
<i>Le mal-être de l'enfant, 206 • Les angoisses, 207 • Le cadre, 208 • Jeu et expression, 209 • La répétition, 211 • La participation des parents, 211 • Pensée magique et toute-puissance, 212 • Le passage par l'acte comme accès à la symbolisation, 213 • Le transfert et le contre-transfert, 216 • Les différentes tendances, 217</i>	
Les psychothérapies d'adolescents	219
15. La psychothérapie en couple	221
Comprendre le couple	222
<i>Le choix du partenaire, 222 • La notion de collusion, 226 • Principes essentiels du fonctionnement de la relation à deux, 228</i>	
Aider les couples	230
<i>Élucidation de la crise, 231 • Modalités des psychothérapies pour couples, 234 • Psychothérapie en couple et par le couple, 237</i>	
16. Les thérapies familiales	241
Le système familial	241
<i>Homéostasie et changement, 242 • La signification du symptôme, 244</i>	
Les démarches thérapeutiques	245
<i>Agir sur le système de communication, 247 • Le dispositif thérapeutique, 250 • Les stratégies thérapeutiques, 251</i>	

Le courant psychanalytique	252
<i>Évolutions, 254</i>	
17. Les psychothérapies de groupe	257
Spécificités et effets du groupe thérapeutique	258
<i>Corinne et la féminité, 262</i>	
Expériences groupales et remaniements identitaires	264
<i>Bruno et l'agressivité refoulée, 267</i>	
Un laboratoire expérientiel	269
 <i>CONCLUSION. LE MÉTIER DE PSYCHOTHÉRAPEUTE</i>	271
L'importance de la relation	272
La question de la formation	273
 <i>BIBLIOGRAPHIE</i>	277
 <i>INDEX DES MOTS CLÉS</i>	283
 <i>INDEX DES NOMS PROPRES</i>	287

Introduction

L'INVITATION AU VOYAGE

QUAND Alice demande au chat, assis dans son arbre, quel chemin elle doit prendre, le chat répond fort sagement : « Cela dépend de là où tu veux aller. » Cette réponse s'appliquerait bien à ceux qui souhaitent s'engager sur les voies de la psychothérapie : que de routes s'ouvrent devant eux ! Quelle diversité de paysages et de parcours ! Quelle multiplicité de modes de transport et d'accompagnement ! On comprend l'embarras qui peut naître face à un tel choix. D'autant que des voix impérieuses ou séductrices s'élèvent pour proclamer : « Hors mon chemin, point de salut. » Comme elles sont nombreuses à délivrer ce message, on imagine bien la perplexité des voyageurs.

Les guides, eux, se protègent, pour la plupart, de ce malaise et de cet inconfort en suivant toujours la même route et en marchant dans le même sens ; ainsi, peuvent-ils se persuader qu'il est unique.

Mais si les voies de la psychothérapie restent pour beaucoup impénétrables, assez nombreux sont ceux qui savent où ils veulent aller : arriver à se débarrasser d'un symptôme gênant ; sortir de la solitude et des difficultés relationnelles ; trouver un meilleur épanouissement dans sa vie amoureuse ou professionnelle ; traverser un traumatisme, une crise, un deuil particulièrement éprouvants ; échapper à la dépendance (au tabac, à l'alcool, à la drogue...) ; améliorer sa relation de couple ; donner un sens à sa vie... Chacune de ces demandes peut entraîner celui qui la formule dans une direction particulière ; mais aussi le confronter à plusieurs chemins possibles : thérapie brève ou thérapie longue ; thérapie individuelle ou thérapie de groupe ; thérapie verbale ou thérapie corporelle et émotionnelle...

Ainsi, la multiplicité des voies thérapeutiques rencontre en partie la diversité des demandes et constitue une richesse certaine en apportant des réponses ajustées à cette diversité. Elle correspond aussi à une plus grande finesse dans l'appréhension des troubles psychiques ; à la distinction classique entre névrose et psychose se sont ajoutées d'autres catégories : celles des patients-limites (*borderlines*), des personnalités narcissiques, des structures psychosomatiques, etc. Chacun de ces profils peut relever d'une démarche spécifique. De même, les approches thérapeutiques prennent de plus en plus en compte la nature particulière du trouble (trouble de l'humeur, des conduites alimentaires, addictions, abus sexuels...) : ainsi, de très nombreuses techniques se proposent aujourd'hui pour traiter la dépression, la boulimie ou le tabagisme.

On peut donc considérer « les différences de perspectives théoriques non comme de malheureuses déviations de la juste compréhension, mais comme des expressions heureuses des innombrables façons d'organiser l'expérience humaine¹ ».

UNITÉ ET DIVERSITÉ

Du coup, les frontières et les clivages qui tenaient à la pluralité des écoles commencent à se brouiller. Bien sûr, ils sont loin d'avoir disparu mais des chemins de traverse s'ouvrent ici et là. La psychothérapie tend à émerger de plus en plus comme discipline générale, d'une diversité assumée. On peut la définir, dans un abord très large, comme un processus d'accompagnement psychorelationnel de personnes en souffrance à des fins d'élucidation, d'élaboration et d'émancipation. Le terme « psychothérapie » est donc générique puisqu'il concerne diverses méthodes appartenant à un même genre commun. À l'intérieur de cette unité disciplinaire se développent des modalités théorico-pratiques différenciées, allant de la mise à jour des phénomènes inconscients à la recherche de modifications comportementales en passant par la mobilisation des forces énergétiques, l'analyse des jeux transactionnels, l'exploration d'enjeux contextuels et systémiques, et bien d'autres focalisations possibles, toutes aussi pertinentes et utiles les unes que les autres.

Comme l'affirmait déjà fortement Michael Balint, la « bonne technique » (c'est-à-dire une technique bonne pour tous les patients et tous les thérapeutes) est une chimère. Les recherches portant sur l'évaluation des psychothérapies montrent au contraire une certaine équivalence entre les différentes démarches. Les études comparatives échouent en effet à établir la supériorité, au moins globale, d'une quelconque approche. Tout ce que l'on peut constater, c'est que chaque technique convient bien à certains patients et en exclut d'autres. Cependant, à la question « la psychothérapie est-elle utile à ceux qui l'entreprennent ? », elles

1. Mitchell, cité par Norcross et Goldfried (dir.), 1998, p. 149.

répondent positivement. L'effet bénéfique est statistiquement démontrable par des méta-analyses de recherches avec plan expérimental et groupes de contrôles¹. Ce qui est plutôt rassurant, tant pour les patients qui consultent avec l'espoir d'obtenir une amélioration de leur état que pour les professionnels qui consacrent leur temps à tenter de les aider.

Entre art et science

Cependant, si ces résultats attestent l'efficacité des psychothérapies, ils ne valident pas pour autant les théories qui les inspirent. L'effet constaté n'est pas forcément en relation avec l'explication que s'en donne le thérapeute. Ni l'inverse d'ailleurs. Le praticien doit tolérer cette situation inconfortable où il ne peut agir sans référents théoriques tout en se gardant de croire que cette théorisation est la seule possible ou ne peut être remise en cause. Comme aimait à le rappeler Korzybski, « la carte n'est pas le territoire » ; mais on oublie souvent qu'il ajoutait : « Si elle est précise, la carte a une structure semblable à celle du territoire » ; ce qui justifie son utilité. Pour accompagner le patient, il est bon que le thérapeute s'aide des cartes qu'il a à sa disposition sans renoncer à son propre sens de l'orientation, ni hésiter à s'aventurer hors des sentiers battus.

Autrement dit, la psychothérapie se situe entre art et science et il importe de la maintenir dans cette polarité indépassable. Renoncer à tout savoir préalable serait au mieux une illusion ; s'enfermer dans un savoir clos ne peut que constituer un carcan.

Le doute n'implique pas la révocation de tout acquis. Nous ferions volontiers nôtre le précepte de Confucius : « Savoir que l'on sait ce que l'on sait et savoir que l'on ne sait pas ce que l'on ne sait pas : voilà la véritable intelligence. » Les connaissances accumulées dans le domaine de la psychothérapie en plus d'un siècle sont considérables ; elles constituent un socle d'une solidité et d'une richesse suffisantes pour asseoir une pratique éclairée, consistante et efficiente². Néanmoins, il faut laisser ouverte la possibilité de les questionner, de les prolonger ou d'innover à partir de l'expérience de chaque thérapeute.

Positions et propositions

Plaider pour une psychothérapie plurielle, montrer à la fois l'unité et la diversité de ce champ, donner à la pratique toute son importance sans négliger les théories, voici quelles sont les orientations majeures de cet ouvrage.

1. Cf. notamment Gérin et Dazord, 1992.

2. Dans ce sens, la prétention récurrente de quelques gourous à révéler une nouvelle démarche appelée à surpasser toutes les autres relève d'une désarmante naïveté ou d'une forme grossière de marketing.

Elles ont pu se laisser entrevoir dans les propos qui précèdent. Mais il est temps de les présenter plus explicitement.

« Pratiquer la psychothérapie » : Ce titre indique bien une option : rester au plus près de ce qui se passe dans l'expérience empirique pour perdre le moins possible de sa richesse et de sa complexité. Cette expérience implique profondément et conjointement le thérapeute et le patient¹. Car lui aussi pratique la psychothérapie, et peut-être même en première ligne.

Or, si les ouvrages théoriques sur les psychothérapies sont légion, bien moins nombreux sont ceux qui se centrent sur leur dimension pragmatique. Pourtant, *la psychothérapie existe avant tout comme une pratique*. Nous souhaitons remettre en cause, avec François Roustang, l'idée que celle-ci ne serait que l'application d'une théorie préalable. C'est bien plutôt l'inverse qui se passe : « Parce que la théorie est toujours seconde et qu'elle n'a pu voir le jour que si une pratique ou une expérience l'a rendue souhaitable ou nécessaire². » Ensuite parce qu'elle ne tire sa validité que de la mise à l'épreuve des faits.

Enfin, il faut rappeler que la finalité ultime de la thérapie est le changement du patient. On pourrait transposer à notre domaine cette proposition de Marx : « Les philosophes n'ont fait qu'interpréter diversement le monde ; il s'agit maintenant de le transformer. » L'anecdote bien connue de l'énurétique qui, au bout de dix ans d'analyse, continue à mouiller son lit mais en sachant pourquoi, nous encourage dans cette voie.

Nous avons voulu *échapper aux discours partisans* et éviter deux écueils : le premier qui aurait été de prendre le parti d'une seule théorie, d'une seule pratique et ainsi d'ignorer ou de disqualifier les autres ; le deuxième qui aurait consisté à présenter de manière neutre les principales psychothérapies existantes en évitant d'aborder ce qui les distingue, les relie et les dépasse. Il s'est agi de focaliser non, sur les choix d'école, mais sur les *facteurs communs* qui opèrent dans la pratique, quelles que soient les théories et méthodes de référence.

Il importe à ce propos de rappeler qu'aucun système thérapeutique n'est propriétaire d'un procédé ou d'un résultat. C'est ce « mythe de l'exclusivité » qui autorise parfois certains comportementalistes, thérapeutes émotionnels ou psychanalystes à s'attribuer respectivement le monopole du changement en matière de conduite, de catharsis émotionnelle ou du dévoilement de phénomènes inconscients. Ce monopole est une illusion ; car l'expérience thérapeutique, pourvu qu'on la regarde dans sa complexité, mêle intimement, comme la vie, les dimensions de la pensée,

1. Nous retenons dans cet ouvrage le terme de « patient » sans ignorer les discussions qu'il suscite et les propositions pour le remplacer par d'autres comme « analysant », « client », « thérapeusant »... « Patient » est finalement le vocable le plus usité et qui exprime bien à la fois la souffrance (du latin *pati*) et la patience de celui qui s'engage dans une démarche thérapeutique.

2. « Tout fait ventre », in Delourme (dir.), 2001, p. 96.

de l'action, de l'émotion et des mécanismes inconscients. Agir à ces différents niveaux plutôt que d'en privilégier un seul, est certainement un gage d'efficacité.

Dans le même ordre d'idée, nous avons cherché à éviter le recours à un « vocabulaire fétichisé » (Roustang) ou à un jargon trop spécifique développé par telle ou telle école pour se différencier de ses consœurs. Souvent ce jargon, compris des seuls initiés, joue plus comme un signe de reconnaissance pour les membres du clan qu'il ne sert la pensée. Par ailleurs, il alimente des guerres idéologiques et fait obstacle à un véritable échange entre praticiens.

Bien sûr, cette réserve n'exclut pas l'usage d'un vocabulaire spécialisé et de concepts clairement définis lorsque cet usage s'avère utile à l'analyse de l'expérience et à sa compréhension.

Il convient aussi de *sortir d'une vision hiérarchique* qui est encore celle de trop de psychanalystes : il y aurait une pratique noble — la « cure type » — et des formes plus ou moins dégradées — les psychothérapies — auxquelles il faut bien recourir lorsqu'on ne peut pratiquer une psychanalyse « pure ».

D'abord parce qu'à force de variantes, d'ajustements et d'évolutions, la notion de « cure type » a perdu une grande part de sa consistance¹. Ensuite parce qu'à côté des psychanalyses (freudienne, jungienne, kleinienne, lacanienne...), il existe des démarches thérapeutiques qui relèvent d'autres paradigmes ; citons les thérapies hypnotiques (hypnose traditionnelle et hypnose éricksonienne), les thérapies corporelles et émotionnelles (bioénergie, thérapie primale, *rebirth*...), les thérapies comportementales et cognitives (fondées sur les théories de l'apprentissage), les thérapies de la communication (approche rogérienne, gestalt, analyse transactionnelle, démarches systémiques et stratégiques...). Ces différentes approches apportent toutes un éclairage irremplaçable sur la réalité humaine ; mais aucune n'en épuise la complexité. Elles ont chacune leurs zones de clairvoyance et de compétence ; mais aussi de cécité et d'inopérance.

Nous sommes donc pour une reconnaissance de la valeur inhérente à chaque approche. Sans oublier cependant que le patient n'a jamais à faire directement à une méthode mais à une personne qui la pratique d'une manière singulière, à partir de sa personnalité, de sa formation et de ses expériences. L'accent mis sur la théorie ou sur la technique risque de laisser dans l'ombre un aspect essentiel : *le fait que la psychothérapie est d'abord une relation*. « Tout s'éclaire si nous reconnaissons que la relation est notre seul guide, notre seul critère, notre seul garant. » (Roustang, 2000, p. 97) Les problèmes relationnels sont en effet à l'origine

1. Comme le reconnaît lui-même le psychanalyste André Green, constatant qu'il y a des psychothérapies qui sont de véritables analyses et des analyses qui ne sont que des psychothérapies (préface à l'ouvrage de François Richard, 2002).

de la majorité des difficultés rencontrées. Il s'ensuit logiquement que le travail sur la relation, la qualité et la force de l'alliance thérapeutique, sont au cœur du processus de changement. Ce point de vue ouvre la psychothérapie à l'inconnu, l'imprévu et la découverte ; car de la relation aucun des partenaires n'a la maîtrise. L'espace thérapeutique est un terrain de jeu et de rencontre comme Winnicott l'a si bien soutenu et illustré¹. Les protagonistes, dans un ajustement créatif, tentent d'y inventer de nouvelles formes de communication qui poussent à les libérer de la répétition.

Tout ce qui précède indique assez clairement que nous nous situons dans une *orientation intégrative et plurielle*. Ce courant prend aujourd'hui de plus en plus d'ampleur².

Dissipons cependant un malentendu possible. L'orientation intégrative ne conduit pas à une sorte d'œcuménisme tiède, mettant sur le même plan toutes les démarches. Elle ne vise pas une synthèse unifiée qui estomperait les différences et affadirait les spécificités. Elle nous encourage à sortir de la pensée unique. Si elle prône l'ouverture, elle appelle aussi le débat. C'est en défendant leurs apports spécifiques que les différentes approches peuvent se féconder mutuellement et entrer dans un jeu de tensions et de complémentarités créatives. Comme le préconise Max Pagès, il convient de renoncer aux synthèses au profit des articulations³ ; même s'il s'agit aussi de mettre en lumière les facteurs transversaux et les bases communes aux multiples psychothérapies⁴.

De plus, pour l'orientation intégrative, si les techniques sont multiples, *le patient est un*. Il intègre en lui les différentes dimensions que les théories tendent souvent à opposer : le corps et l'esprit, la cognition et l'émotion, le conscient et l'inconscient, la représentation et l'énergie, la pensée et l'affectivité, le passé et le présent, le verbe et l'action... Si le thérapeute ne prend en compte qu'une seule de ces dimensions, il ne favorise pas l'intégration de son client et risque, au contraire, d'entretenir certaines formes de dissociation.

Enfin, soulignons que l'attitude intégrative est certainement un bon rempart contre certaines formes d'intégrisme.

PARCOURS

Le parcours suivi dans cet ouvrage reflète le projet que l'on vient d'exposer. Il aborde la psychothérapie dans une perspective globalisante,

1. Cf. Winnicott, 1975.

2. Cf. Delourme (dir.), 2001.

3. Cf. notamment, Pagès, 1993.

4. Cf. Chambon et Marie-Cardine, 2003. Armen Tarpinian nous invite aussi à distinguer une perspective « intégratrice » qui consiste à s'ouvrir aux apports et pratiques des différentes écoles et une perspective « intégrative » qui peut contribuer, à lointaine échéance, à l'unification dynamique des psychothérapies (2002, p. 128).

combinant unité et diversité, avec comme référence la pratique de thérapeutes exerçant dans un cadre libéral¹ :

- la première partie insiste sur les *finalités* de la thérapie. Car, ainsi qu'on l'a souligné, le chemin suivi dépend en grande partie des destinations que l'on se fixe. Les objectifs que l'on peut poursuivre en psychothérapie sont multiples et ne peuvent être ramenés à une formulation unique ;
- la deuxième partie souligne l'importance des *dispositifs* mis en œuvre en les envisageant sous trois aspects essentiels : le cadre, la relation et la temporalité (que l'on a souvent tendance à négliger) ;
- la troisième partie se centre sur les *processus* en prenant pour axes la relation et la communication qui impliquent autant le corps et l'émotion que la parole. Un accent particulier est mis sur les résistances, la régression, la construction identitaire et les processus de changement.

Enfin, la quatrième partie s'ouvre plus à la diversité des pratiques et aborde certaines *modalités* majeures, comme les thérapies d'enfants et d'adolescents, les thérapies de couple et de la famille, les thérapies de groupe.

Nous avons voulu ancrer fortement l'ensemble de ces réflexions dans la pratique en les étayant sur de nombreux exemples cliniques². Ces exemples sont tirés de nos activités de psychologue, de psychothérapeute, de superviseur ou de formateur. Ils sont donc issus de nos expériences propres, mais aussi de celles des patients et des praticiens qui nous ont fait la confiance de les partager avec nous et de nous proposer leurs questionnements. Qu'ils trouvent ici l'expression de notre reconnaissance, en retour de ce qu'ils nous ont apporté.

1. Nous ne traitons donc pas dans cet ouvrage, à part dans la quatrième partie, de tout le champ des psychoses relevant de la psychiatrie et de l'hospitalisation en institution. D'autant que plusieurs volumes de la collection « Psychothérapies » ont déjà abordé ce champ (cf. notamment Boucherat-Hue *et al.*, 2001).

2. Bien entendu, pour des raisons éthiques évidentes, toutes ces illustrations cliniques ont été suffisamment transformées pour préserver l'anonymat des personnes concernées.

PARTIE 1

FINALITÉS

Introduction

DES STRATÉGIES D'ÉVEIL

« L'être humain est à la fois un et multiple. Tel le point d'un hologramme, il porte le cosmos en lui. Nous devons voir aussi que tout être, même le plus enfermé dans la plus banale des vies, constitue en lui-même un cosmos. Il porte en lui ses multiplicités intérieures, ses personnalités virtuelles, une infinité de personnages chimériques, une poly-existence dans le réel et l'imaginaire, le sommeil et la veille, l'obéissance et la transgression, l'ostensible et le secret, des grouillements larvaires dans ses cavernes et des gouffres insondables. Chacun contient en lui des galaxies de rêves et de fantasmes, des élans inassouvis de désirs et d'amours, des abîmes de malheur, des immensités d'indifférence glacée, des embrasements d'astre en feu, des déferlements de haine, des égarements débiles, des éclairs de lucidité, des orages déments... »

(E. Morin, 2000, p. 61)

LA PSYCHOTHÉRAPIE est la mise en œuvre d'une stratégie d'éveil. L'éveil visé peut être plus ou moins ambitieux selon les patients et selon les praticiens. Il va concerner soit l'ensemble de la personnalité soit certains de ses aspects, dont le choix variera selon les écoles (l'inconscient, le comportement, les tensions corporelles, le mode transactionnel, les conduites cognitives...). D'une manière générale, il importe de se demander si le but du changement visé consiste seulement dans

la modification de comportements, d'habitudes plus ou moins périphériques, ou si elle comprend également ou prioritairement l'affrontement de structures de personnalité plus centrales. Parmi ces modifications plus structurelles, citons : une capacité accrue de perception adéquate de la réalité, le développement d'une pensée personnelle, la différenciation entre expériences anciennes et nouvelles, l'intégration des expériences nouvelles, la modification de l'image de soi ou de la conception de soi, la compréhension des conditions occasionnant des problèmes personnels, l'élargissement des compétences existentielles, etc.

Quel que soit l'objectif visé, nous pensons que ce travail doit s'ancrer dans des références tout en étant dégagé des révérences. C'est donc une méthodologie à faire et à refaire, oscillant entre les temps de construction, de déconstruction et de reconstruction. Elle peut ainsi être mobile et éviter les pétrifications, ce qui en soit est thérapeutique pour le patient car lui n'a pas su éviter les impasses liées à la fixation, à la répétition ou à l'inertie.

Les stratégies d'éveil dont il est question ici ne peuvent pas être réduites à des programmes bien définis car un programme est l'établissement d'une séquence d'actions devant être exécutées *sans variation*. Dans notre domaine, cette rigidité risquerait d'entraîner l'échec. La stratégie quant à elle nécessite certes l'élaboration d'un scénario d'action mais en y intégrant les incertitudes de la situation. Elle peut donc être modifiée régulièrement en fonction des informations recueillies ainsi que des hasards et des événements de vie que la personne traverse et qui la modifient. Il est bien sûr toujours possible dans un processus thérapeutique d'utiliser de courtes séquences programmées (un psychodrame, un *rebirth*, un exercice comportemental, etc.) mais la stratégie s'impose dans le moyen et long terme car ceux-ci sont beaucoup moins prédictibles. Dans ce contexte sera privilégiée tantôt la prudence, tantôt l'audace, que ce soit dans les interprétations verbales, les interactions non verbales ou l'intrication de ces registres.

Bien avant la phase finale qui verra le patient et le praticien tenter de se séparer, il y aura la transaction initiale qui les verra tenter de s'entendre sur les enjeux et les modalités de leur cheminement commun. Car l'engagement est d'importance et chacun le sait. Ils auront ensemble à affronter le défi de l'incertain, qui prendra deux aspects : tout d'abord le pari que tout cela vaut la peine, que cet investissement en énergie, en temps et en argent peut aboutir à quelque chose de bon pour le patient ; ensuite la recherche d'une stratégie adaptée à ce défi, c'est-à-dire apte à modifier chez le patient la façon de penser et la manière de vivre pour que celles-ci correspondent mieux aux buts visés.

En psychothérapie, l'accent est mis non seulement sur le contenu des troubles mais aussi et plus encore sur l'attitude vis-à-vis d'eux. Ce qui rend morbide la problématique est généralement la façon complice dont le patient l'investit et l'alimente. Cet attachement démesuré crée une rigidité plus ou moins pathologique qui est le sujet même du travail de

conscientisation et de dégagement. Il s'agit de désencapsuler le patient, de le défixer, pour qu'il trouve ou retrouve la flexibilité et la mobilité qui lui font défaut.

Comme nous allons le développer, les psychothérapies présentent donc plusieurs objectifs mais ceux-ci intéressent toujours la différenciation de soi d'une part, c'est-à-dire la capacité d'exister et d'agir de façon individuée, et d'autre part l'harmonisation des interactions. Mettre exclusivement l'accent sur le premier aspect pourrait conduire à une marginalisation sociale. Mettre exclusivement l'accent sur le second pourrait conduire à une normalisation conformiste. L'adaptation, qui est toujours souhaitable pour le bien être même de l'individu, apparaît comme le résultat d'une articulation entre les deux missions. C'est en fait un bénéfice du processus d'élucidation et d'émancipation. Ce processus est un « ensemble de phénomènes conçu comme actif et organisé dans le temps » (Litré). On le sait, cet ensemble actif et organisé est initiateur de changements. Mais qu'est-ce qui change ? Et comment ça change ? Disons tout de suite que le changement apparaît bien souvent comme le résultat d'une déviance réussie : une déviance vis-à-vis du système dans lequel était enfermé le patient et qu'il maintenait plus ou moins malgré lui. L'élément déviant (une pensée inhabituelle, une conduite innovante, un partage émotionnel, etc.) va désorganiser le système, d'une manière tout d'abord très partielle et ponctuelle mais qui ensuite va s'élargir et perdurer si cet élément est soutenu et valorisé, et s'il entraîne des conséquences appréciées par le patient. Puis l'élément désorganisateur va participer à la réorganisation du système sur des principes renouvelés. Toute évolution thérapeutique est donc désorganisatrice avant d'être réorganisatrice.

Chapitre 1

RESTAURER LES CAPACITÉS À COMMUNIQUER ET À AIMER

LA SÉCURISATION

Le patient sécurisation étant généralement diminué dans ses capacités communicationnelles et affectives, voire très abîmé à ce niveau-là, il va s'agir de l'accompagner dans un processus de restauration, et parfois même d'instauration pour les problématiques les plus lourdes. Pour cela *la priorité* est de *sécuriser* la personne. Elle est toujours habitée par la peur quand elle consulte, quelle que soit l'attitude plus ou moins assurée qu'elle affiche. Avant de chercher son éveil et sa mise en marche, on prendra le temps d'offrir l'ambiance relationnelle dont elle a besoin pour se calmer et pour commencer à faire confiance.

Oser d'autres modes d'engagement relationnel est un risque pour le patient, ce risque étant le plus souvent imaginaire bien sûr mais il ne faut pas sous-estimer l'impact réel des peurs imaginaires.

Par exemple pour ÉTIENNE : les deux premières séances avaient révélé combien il craignait d'être emporté par la force de sa haine. Il se sentait dangereux et, bien qu'il n'eût jamais fait de passage à l'acte dans le réel, il était persuadé que sa colère pouvait détruire et notamment qu'il pouvait faire du mal à ses proches ainsi qu'à ceux qu'il aimait. Bien qu'il s'agisse du tout début de la thérapie, il semblait déjà intégrer le thérapeute parmi les personnes affectivement investies. Le thérapeute était intervenu pour

signifier à Étienne que, dans leur cadre, il lui était possible d'exprimer ses attaques et que lui, le thérapeute, ne se sentait pas menacé. Il pensait ainsi sécuriser son patient en lui montrant qu'il s'agissait d'un travail sur son monde interne, qu'il n'y aurait pas de passage à l'acte entre eux et que lui-même était serein. Puis il invita Étienne à commencer à dire ses attaques et à rechercher leurs causes. Mais c'était trop tôt car Étienne appela dans les jours qui suivirent pour annuler le troisième rendez-vous, pour un motif visiblement défensif (il devait aller chercher sa fille à la danse, dit-il la voix tremblante). Quand le praticien insista pour connaître la raison réelle de cette annulation, il reconnut que le thérapeute n'avait pas entendu, selon lui, l'importance de sa peur. Étienne avait déduit de la séance précédente qu'en fait le thérapeute n'avait pas compris la réalité de la menace, ce qui l'avait intérieurement fragilisé. Il fallut donc que le praticien reformule cette peur, montre qu'il avait perçu qu'il allait devoir en effet trouver les moyens de se préserver de la haine qui était à l'œuvre, tout en confirmant qu'ensemble ils pouvaient probablement trouver une manière d'exprimer les émotions et les fantasmes, et les élaborer, sans que cela ne détruise ni l'un ni l'autre ni leur lien. Étienne put alors venir à son troisième rendez-vous, et à ceux qui suivirent, et exprimer cette part de lui qui l'effrayait, et notamment ses attaques dont l'intensité s'avéra en effet impressionnante. Mais ce travail faillit ne pas avoir lieu car le praticien avait sous-estimé la nécessité de sécuriser préalablement son patient. Ou plutôt il avait été maladroit dans la manière de le faire, ce qui aurait pu mettre un terme pour le moins prématuré à cette démarche.

Sécuriser est donc un préalable, celui-ci pouvant prendre quelques heures ou plusieurs mois. C'est une nécessité pour soutenir le *respect de soi*, souvent malmené et parfois quasi inexistant. Appeler à la bienveillance vis-à-vis de soi n'est pas une des moindres nécessités thérapeutiques tant il est vrai que le patient est à lui-même son meilleur ennemi.

« Par psychothérapeutique, je veux dire qu'à travers notre échange, notre transaction, je parvins à donner à X une image de lui-même différente de celle qu'il avait eue jusqu'alors ; une nouvelle image qui eut un effet bénéfique sur sa vie, et l'amena à changer non seulement ses sentiments envers lui-même mais aussi son comportement avec les autres. En psychologie dynamique, c'est l'image de soi qui fournit à la fois le potentiel et les limites d'une existence. La psychothérapie se concentre sur ce qui, dans l'idée qu'une personne a d'elle-même, entrave ce potentiel, ou la conduit à une tentative inappropriée et improductive pour percer ces limites, puis elle l'aide à résoudre ces problèmes. » (Basch, 1995)

Favoriser la justesse dans le positionnement existentiel et la posture relationnelle nécessite de trouver-créez cette même justesse dans le rapport entre le patient et le praticien. La question de celui-ci sera notamment : comment aider cette personne à se servir de moi pour mieux se connaître et trouver des voies de dégagement par rapport aux problèmes qui l'entravent ? Quand une personne a été endommagée dans son enfance, quelles que soient la forme et les modalités de ce dommage, et quand donc elle se trouve en souffrance durable, il va être essentiel de

l'aider à construire son unité, ou à reconstituer celle-ci. Pour cela nous aurons à nous intéresser intégralement à elle et pas seulement à tel ou tel de ses éléments constitutants : son corps, son inconscient, son affectivité, son souffle, ses rêves, etc.

Valérie et la recherche de justesse relationnelle

Quand elle a commencé sa psychothérapie, Valérie vivait seule avec son enfant de quatre ans. Ingénieur de formation, elle organisait sa vie entre son travail et sa fille. Dès qu'elle le pouvait, c'est-à-dire rarement, elle partait marcher avec un groupe soit en forêt soit en montagne, ce qui lui apportait beaucoup de réconfort et une sérénité qu'elle ne trouvait absolument pas autrement. Son partenaire de vie était parti quelques mois après la naissance de leur fille pour des raisons qui n'avaient jamais été vraiment clarifiées, ce qui l'avait laissée désemparée. Cette rupture, qu'elle n'avait pas anticipée, alimentait la confusion qui la caractérisait bien avant de connaître son compagnon. Elle avait rencontré celui-ci alors qu'elle finissait ses études et avait vécu avec lui une dizaine d'années. Elle avait connu quelques hommes avant mais la relation avec eux était toujours brève et sans véritable intensité. La séparation n'a pas révélé sa confusion, elle en était déjà consciente, mais l'a mise au premier plan : elle apparaissait psychiquement engourdie et peinait à gérer son quotidien. C'était sa plainte principale et l'objet premier de sa démarche psychothérapique.

En séance, elle n'était vive que lorsqu'elle évoquait l'informatique, discipline à laquelle elle formait les autres et qui semblait avoir un grand pouvoir stimulant sur elle. Sinon les éléments de sa vie et de son vécu étaient énoncés avec sécheresse, les affects ne paraissant irriguer ni son quotidien ni sa parole. Sa vie relationnelle n'était pas vraiment pauvre, car elle rencontrait beaucoup de personnes, mais son affectivité était réduite au minimum. À l'exception de deux ou trois amies d'enfance avec qui il lui semblait possible de se montrer et d'être entendue, elle se livrait fort peu et ne comprenait pas grand-chose aux enjeux de la vie interactive en général, aux affaires de cœur en particulier.

Si quelqu'un lui livrait des éléments de ses déboires amoureux, afin d'obtenir son avis, elle se trouvait tellement embarrassée qu'elle ramenait dès que possible au premier plan le thème professionnel ou posait une question dont l'inutilité le disputait au ridicule, ce qui éteignait très vite chez l'autre tout désir de confiance. Par exemple, à une collègue qui lui confiait que son amant, plus âgé qu'elle d'une dizaine d'années, venait en vélo la rejoindre tard le soir et qu'ils passaient des nuits entières à se caresser et faire l'amour de manière intense, elle s'était entendue répondre : « Ah bon, il vient en vélo ! » et avait vu sur le visage soudainement déconfit de son interlocutrice que l'essentiel n'était peut-être pas là. Elle évoquait parfois un paradis perdu qui correspondait pour elle à ce temps ancien où elle n'avait pas constamment peur d'être ridicule.

En fait la communication inauthentique au sein de son univers familial et les nombreux non-dits qui avaient jalonné son enfance l'avaient progressivement habituée à se trouver en décalage par rapport aux situations relationnelles. Se trouvant psychiquement ailleurs, mais sans savoir où, elle ne pouvait être véritablement disponible au présent des échanges et effectuait des déplacements thématiques et sémantiques qui l'amenaient, comme dans l'exemple précédent, à côté de ce qui s'énonçait de manière centrale. Une part importante des séances thérapeutiques fut consacrée à l'explicitation des échanges :

- d'une part en distinguant la communication discursive des éléments non verbaux et en tentant de saisir à quoi l'on pouvait se fier quand ces registres se contredisaient ;
- d'autre part en cherchant à saisir le contenu latent plus ou moins bien camouflé par l'information manifeste.

Le thérapeute proposa parfois des exercices communicationnels destinés à aider Valérie dans l'identification des éléments signifiants d'un discours : par exemple, à mi-séance, que chacun fasse le point et extraie les mots clés et les thèmes pivots de ce qui venait d'être énoncé jusque-là, que ce soit par elle ou par lui, puis comparer les choix de chacun. À plusieurs reprises le praticien dut expliquer ses choix car Valérie n'en saisissait pas du tout la raison, elle-même ayant une nette tendance à rester collée au contenu manifeste de l'échange au détriment bien sûr des aspects cachés et inconscients de celui-ci.

Le praticien proposa à VALÉRIE d'essayer de saisir de l'intérieur combien ses gestes et ses attitudes exprimaient à son insu son état émotionnel et ses attentes affectives. Une séance fut plus particulièrement consacrée à cette exploration, la patiente étant invitée à s'exprimer face à un miroir présent dans le cabinet et qui pouvait la refléter totalement. Elle commença par se raidir, se sentant très impressionnée par cette situation ; puis lui vinrent les mots de Mallarmé : « Ô miroir ! Eau froide par l'ennui dans ton cadre gelée » et, tout en exprimant cela, elle sentit combien elle-même était froide, ennuyée et ennuyeuse ! Loin de vivre « l'assomption jubilatoire devant l'image spéculaire » (Lacan à propos du stade du miroir), cette rencontre visuelle avec elle-même la mettait dans un premier temps face à sa douleur d'être gelée, dans la double acception du mot : glacée et figée. Tout en accueillant cette part de son vécu, le praticien lui proposa de ne pas s'y figer, justement, et de poursuivre le travail d'association d'idées en évitant de se censurer. Elle dit alors : « Le miroir, il est comme moi, il est poli ! » puis avec un sourire malicieux, exceptionnel pour elle, elle ajouta : « Mais lui, il réfléchit plus que moi ! » Ces jeux de mots ravirent aussi le praticien car ils montraient la capacité de Valérie à se dégeler psychiquement et à recourir à un humour dont elle n'avait guère révélé la présence jusque-là. Le praticien lui fit remarquer ce dégel et aussi le contentement qui en résultait pour eux deux. Elle en convint et dit : « C'est pour ça que vous m'avez dit l'autre fois que le plaisir partagé est le moteur du changement. Je comprenais pas bien, mais là c'est plus clair. C'est pas le plaisir sexuel, c'est le plaisir à

jouer ! » Et finalement elle sourit, le miroir lui renvoyant à la fois cette autre facette d'elle-même et l'air content de son thérapeute qui se trouvait à ses côtés. Elle ajouta, avec de plus en plus d'esprit : « Comme dirait Raymond Devos, plus je me mire, plus je m'admire. J'espère que c'est pas un miroir aux alouettes ! » puis, gênée : « En fait, c'est vous que j'admire. »

Non seulement elle poursuivait le travail associatif et y intégrait sa capacité à jouer avec les mots et les idées, mais elle ajoutait le thème de son lien affectif avec son thérapeute, ce qui jusqu'alors avait été complètement tu. Son attachement au thérapeute était perçu par celui-ci depuis déjà plusieurs semaines mais jamais elle ne l'évoquait et lui-même ne savait pas comment aborder ce sujet dont il supposait qu'il pouvait la bloquer s'il était présenté trop tôt. Le thérapeute ne reprit pas immédiatement cette avancée, préférant laisser cette patiente continuer à s'exprimer librement mais en fin de séance, ces éléments transférentiels purent être rappelés et soutenus. Il était important que Valérie comprenne non seulement qu'elle pouvait évoquer ces éléments du rapport intime et secret qu'elle entretenait avec son accompagnateur mais que cela faisait partie du processus même. Ce n'était ni anecdotique ni honteux mais central et bienvenu car révélateur d'une grande partie de son monde psychique méconnu (nous reviendrons dans le chapitre 6 sur la part essentielle de la dynamique transférentielle et des résonances contre-transférentielles dans le processus thérapeutique).

Les secrets familiaux qui vont être évoqués un peu plus loin avaient créé en Valérie des zones d'ombre qui parasitaient de manière souvent souterraine, mais parfois évidente, la rationalité de sa pensée, la justesse de sa parole et la qualité de ses relations. Comme l'ont montré Abraham et Torok, la transmission inconsciente avait créé des cryptes et des fantômes dans son monde interne (1978). C'est un véritable travail inconscient de dé-signification qui s'opérait, Valérie tentant ordinairement et maladroitement d'ôter le sens de ce qu'on lui communiquait mais aussi de ce qu'elle ressentait et pensait. L'analyse a montré que cette évacuation de sens s'effectuait essentiellement quand les thèmes abordés touchaient à la force des liens amoureux. Elle associait de telles situations et leur intensité avec la perte de repères identitaires, la rencontre amoureuse lui paraissant « un mélange bizarre, comme une dissolution ». Celle-ci l'angoissait beaucoup. Cette angoisse qui perdurait indiquait que les non-dits s'étaient progressivement transformés en une envahissante impression d'indicible et que son accollement avec des fantasmes familiaux inconscients se doublait d'une césure marquée entre elle et la réalité. Les thèmes du secret et de la honte généraient beaucoup d'angoisse et de maladresse.

Avec cette patiente, le travail thérapeutique s'est effectué en face à face à raison d'une rencontre hebdomadaire pendant trois ans, la séance qui vient d'être évoquée se situant dans le cinquième ou le sixième mois. Apprendre à communiquer, c'est-à-dire comprendre les enjeux et

les modalités d'un échange investi et authentique, fut le fil directeur de l'ensemble des séances en complément du dévoilement des thématiques familiales censurées. Son environnement familial d'origine était composé des parents, d'une sœur cadette et, pendant ses six premières années, de la grand-mère maternelle dont elle dit seulement qu'elle ne sentait pas bon et qu'elle piquait quand on l'embrassait. L'ambiance était très silencieuse, sans musique (elle en mit constamment dans son appartement à partir du moment où elle quitta ses parents), avec très peu d'éclats de voix ou de conflits mais aussi avec très peu d'échanges et beaucoup de non-dits. Les thèmes de la vie affective en général et des liens amoureux en particulier n'étaient pas évoqués.

Quant à la sexualité, elle n'existait tout simplement pas. Elle disait l'avoir découverte assez tardivement et de manière quasi accidentelle. À la fin d'une soirée chez une amie, elle avait vingt ans, un « garçon » l'a emmenée dans une chambre et l'a pénétrée sans parole : « Il a gesticulé quelques minutes, a émis des sons bizarres puis il est parti, me laissant dans le noir. J'étais à la fois excitée et nauséuse et je ne comprenais rien. C'était comme dans un rêve quand on observe ce qui se passe sans pouvoir intervenir. »

Quelles étaient les autres modalités de ce travail ? Comme Valérie avait d'elle-même une image floue, ne sachant pas vraiment parler d'elle, se décrire ou évoquer son ressenti, le praticien avait décidé de lui donner ce qui lui avait beaucoup manqué à commencer par des « *feedback* », des retours sur elle, sur ce qui se dégageait de sa personne et sur la manière dont les autres la percevaient. Il s'est agi aussi de répondre à certaines de ses questions sur la vie relationnelle, amoureuse et sexuelle. Enfin, le praticien avait choisi d'exprimer l'affection qui progressivement s'était installée entre eux, son contre-transfert étant essentiellement fait de sympathie et de bienveillance.

Cette patiente provoquait aussi parfois l'irritation quand elle se montrait naïve, voire niaise, et qu'elle s'enlisait non sans complaisance dans une attitude stupide assez déroutante. Cela lui fut renvoyé également et elle reconnut qu'elle utilisait cette attitude pour se protéger et mettre un espace entre elle et l'autre quand les sujets abordés étaient trop remuants, en général quand ils éveillaient cet envahissant et redoutable sentiment de honte. Les souvenirs d'humiliation, de mépris ou d'avilissement étaient rares dans son histoire mais prégnants. Par exemple un jour qu'elle était punie, la cause de la punition était oubliée mais elle situait cette scène avant sa dixième année, le père lui avait interdit de manger à table et avait posé son assiette près de la gamelle du chien, sous-entendant que là était sa place. De telles scènes n'avaient pas été fréquentes dans son enfance mais son sentiment de honte quant à lui était présent chaque jour.

La honte est un ensemble complexe d'affects, de fantasmes et d'expériences qui s'amalgament. Comme l'a bien décrit le sociologue clinicien Vincent de Gaulejac, « derrière la souffrance de la honte se cachent des trésors d'amour, de sensibilité et d'humanité qui n'arrivent pas à

s'exprimer » (1996). Pour que le patient puisse s'affranchir de cette souffrance et découvrir ces richesses, le thérapeute va l'aider à travailler les processus de condensation, de déplacement et d'amalgame qui caractérisent le sentiment de honte.

VALÉRIE arrive un jour en séance et enlève ses chaussures avant d'entrer dans la salle de travail, comme le demande ce praticien quand il fait mauvais temps. Ils s'aperçoivent alors qu'elle a un trou dans l'une de ses chaussettes, ce qui met immédiatement Valérie dans un état d'agitation et de malaise assez impressionnant. Ne voulant pas la blesser mais cherchant néanmoins à savoir ce qui lui arrive, le praticien l'interroge sur son état. Elle continue à rougir, se met à rire de manière exagérément sonore puis tousse à tel point qu'elle s'étrangle à moitié et finit par tomber de son fauteuil tout en éclatant en sanglot ! Ce qui laissa le thérapeute et elle-même abasourdis pendant quelques instants. L'analyse de cette scène révélera les associations psychiques qui l'ont assaillie dès qu'elle a vu le trou dans sa chaussette et surtout dès qu'elle a perçu que le psychothérapeute regardait également cet endroit. Sartre disait que la honte est une « appréhension unitaire de trois dimensions : j'ai honte de *moi* devant *autrui* » (1943, éd. consultée 1993, p. 337). La présence de l'autre, réelle le plus souvent mais ce peut être aussi un interlocuteur interne, est nécessaire pour qu'apparaissent les signes psychocorporels de la honte et que la personne, par un dédoublement réflexif, s'évalue négativement et porte sur son être un jugement disqualifiant. Car si l'on peut se sentir coupable de ce que l'on fait, c'est de son être dont on a honte. Dans ce cas le jugement est beaucoup plus sévère et porte sur la personne même dans sa globalité.

Pour résumer les associations de Valérie, c'était comme si le praticien regardait un autre « trou » et qu'il allait être question de prendre son pied ! C'est en fait un résumé trop partiel car l'actualisation portait sur des thématiques plus vastes que l'on ne peut réduire à la sexualité. La honte apparaissait bien sur fond de *condensation* : l'image du trou dans la chaussette, à laquelle il faut ajouter la vision de l'orteil qui dépasse, est à l'intersection de plusieurs chaînes associatives (pas seulement des représentations touchant à la sexualité mais aussi à la béance provoquée par les secrets familiaux ainsi qu'à la trivialité gênante des données directement corporelles) ; de *déplacement* : par exemple du vagin à la chaussette trouée (« on enfle les deux », dira-t-elle) et du pénis à l'orteil qui entre et qui sort ; et d'*amalgame* : ici entre le corps familial et le corps de la patiente, ainsi qu'entre les interdits de pensée, liés aux secrets, et les interdits sexuels. À la représentation-carrefour viennent s'additionner les énergies et les émotions liées aux différentes thématiques associées, donnant ainsi à la situation cette force tragi-comique d'autant plus spectaculaire qu'elle fut immédiate et incontrôlée.

Nous reviendrons un peu plus loin sur cette situation thérapeutique qui intéresse également le thème de la mise en conscience. Pour l'instant, comprenons, au-delà de cet exemple, combien le travail thérapeutique nécessite souvent de se détourner de la solitude figée et du monde chosifié

pour s'orienter vers la rencontre vitalisante ; combien il importe de développer l'expressivité vitale du patient afin qu'il retrouve sa respiration psychique.

MOBILISATION ÉMOTIONNELLE ET MOBILITÉ PSYCHIQUE

La psychothérapie en tant que stratégie d'éveil peut se comprendre à la fois comme une mise en mouvement, une mise en sens et une mise en temporalité.

La *mise en mouvement* apparaît essentiellement psychique mais elle ne peut exister et se consolider qu'en faisant également appel à une mobilisation émotionnelle et à la mobilité interactive.

Depuis plusieurs semaines, RENÉ évoquait sous différents aspects la peur qui le tenaillait lorsqu'il devait s'exprimer devant un groupe. Bien que cela fût exprimé en séance individuelle, le thérapeute lui proposa de se mettre psychologiquement dans cette situation, de se lever et d'improviser face à lui un court discours sur n'importe quel sujet. Après de nombreuses réticences (« Qu'est-ce que je vais dire ? », « Je vais être ridicule ! », « C'est pas pareil comme situation »...), René accepta et se mit avec difficulté à exprimer quelques idées sur un sujet qu'il connaissait bien et qu'il croyait neutre (un thème d'actualité concernant l'âge de la retraite) mais dont il s'aperçut très vite qu'il le touchait indirectement (il se sentait en amour comme un retraité pantouflard et inutile) ce qui accrut son malaise. Tout en cherchant ses mots, il effectuait avec son bassin un mouvement de gauche à droite et d'arrière en avant assez sensuel et apparemment inconscient. Le thérapeute lui proposa de prendre conscience de cette ondulation du bassin et de la poursuivre tout en cherchant à identifier la sensation et la thématique associées. La rougeur qui apparut alors sur son visage et le sourire qui s'y inscrivit indiquèrent avant les mots que ses associations psychiques le menaient vers un sujet beaucoup plus intime que celui qu'il avait sélectionné pour son discours. Après l'avoir invité à s'asseoir à nouveau, le thérapeute lui proposa d'exprimer librement ses associations et les émotions qui les accompagnaient. René put le faire avec plus d'aisance, l'action l'ayant en partie désinhibé. Ceci indique que cette mise en acte avait favorisé le mouvement non seulement corporel et sensoriel mais aussi psychique et donc le travail du sens qui est l'axe vertébral de la psychothérapie.

Cette *mise en sens* consiste à travailler les liens, à développer la conscience et à construire la pensée. En aidant la personne à penser à partir de ses ressentis, de ses affects et des fantasmes qui les accompagnent, on l'aide à mieux se connaître et à se désaliéner. Ainsi, pour René, la mise en acte à l'intérieur de la séance avait actualisé le thème de ses désirs et celui, complémentaire, de ses peurs. Ce thème de la peur avait été évoqué à plusieurs reprises lors des séances précédentes mais sans réelle avancée. Lors de cette séance, il perçut qu'une des

sources de ses craintes était le désir sexuel féminin qu'il appréhendait de deux manières : premièrement le groupe représentait pour lui une image féminine, une sorte de trou aspirant dans lequel il risquait de disparaître s'il se montrait et s'il ouvrait la bouche pour parler. Deuxièmement, il craignait aussi d'avoir en lui des désirs censés appartenir à la femme, ce que son bassin ondulant avait malgré lui révélé. Ces sensations, ces images et ces pensées l'importunaient car elles ne correspondaient pas à l'image virile qu'il voulait absolument donner de lui-même. Lors de cette séance, et dans celles qui suivirent, il put adoucir cette image quasi caricaturale qu'il donnait aux autres et l'enrichir d'autres aspects qu'il s'évertuait à rejeter pour des raisons historiques qu'il n'est pas utile de reprendre dans cet exemple. Le thème de la retraite, qu'il avait choisi pour son extériorité, parlait en fait directement de lui, de cette part de son monde interne qu'il tentait de rendre inactive, qu'il neutralisait constamment par le contrôle et par la censure.

La *mise en temporalité* consiste à favoriser l'inscription des expériences vécues dans le principal temps existant qui est le devenir, c'est-à-dire le présent en mouvement (ce point est repris et développé dans le chapitre 7 intitulé « Le temps en psychothérapie »). Tel fut le cas pour René : il fut accompagné dans la prise de conscience, l'actualisation et la remise en question partielle de son système défensif. Ce qui avait été à l'origine de la mise en place des défenses, par exemple, pour lui, un père vulgaire et parfois violent qui aimait se moquer des hommes faibles, était-il toujours d'actualité ? Lui fallait-il encore se protéger des moqueries paternelles sadiques alors que son père était décédé depuis une dizaine d'années ? C'est bien entendu le père comme objet interne et non comme personnage extérieur qui continue d'exercer son influence. Il importe de faire saisir cette différence au patient grâce à des exemples concrets. Le patient comprend plus facilement de quoi il se protège et comment il s'en protège, ce qui lui permet avec l'aide du praticien d'envisager l'évolution possible d'attitudes internes et de conduites externes qui dans le présent et dans l'avenir ont de moins en moins de raison de perdurer.

Ces prises de conscience et ces changements s'effectuent dans un climat de résonance affective et mentale soutenue. Car mobilisation émotionnelle et mobilité psychique vont de paire et favorisent toutes deux le travail du lien. Tisser les liens, comme dans l'exemple de René, permet notamment de différencier le rapport aux objets internes et la vie interactive dans le monde externe ; de distinguer aussi cette vie interactive présente et les enjeux relationnels du passé. Dans le travail psychothérapique, on va donner plus de sens aux affects et plus de corps aux représentations, et ainsi relier la vie émotionnelle et l'univers mental. Rendre intelligible et assumer ce que l'on comprend, c'est construire les voies de dégagement qui pourront être empruntées par le patient avec de plus en plus de facilité au fur et à mesure que le processus d'actualisation et de conscientisation se stabilise et se consolide, améliorant à la fois les capacités d'intériorisation et les possibilités d'extériorisation.

Chapitre 2

DÉVELOPPER LA CONSCIENCE

*« Nous ne savons pas ce qui se passe, et c'est ça qui se passe.
Nous sommes inconscients du présent... »*
(Ortega y Gasset)

A PRÈS la mise en confiance, c'est la mise en conscience qui sera notre objectif principal. Nous allons chercher à développer divers registres de conscience : par exemple la conscience des problèmes latents derrière les troubles manifestes, celle des mécanismes de défense et des résistances psycho-émotionnelles, ou encore la conscience des croyances qui orientent le scénario de vie. Autrement dit, nous allons viser de manière assez paradoxale une conscience de l'inconscience et une connaissance de l'ignorance.

AUTOCONNAISSANCE

Connaître ses différentes facettes, dévoiler ses possibilités et développer ses potentialités sont les buts. Pour cela sont visés les *processus d'émergence*, ceux qui génèrent une conscience accrue afin que le patient ne vive plus, ou beaucoup moins, dans l'illusion ; afin qu'il ait une appréciation plus juste et plus respectueuse de sa propre valeur ; afin aussi qu'on assiste à sa responsabilisation progressive vis-à-vis de son existence et de ses relations. Le patient pourra ainsi « ne plus être enchaîné à la nostalgie fantasmatique de n'être pas ce qu'il n'est

pas » (Misrahi, 1987, p. 72). Il saisira mieux sa singularité commune, le fait qu'il est à la fois comme les autres, puisque tous les humains sont confrontés aux mêmes besoins et globalement aux mêmes problèmes, et différent puisque chacun est singulier et unique. Sa *singularité bien délimitée* pourra ainsi se mettre au service d'une affirmation existentielle réelle.

L'auto-évaluation critique, celle qui mène à plus de *lucidité*, va être nécessaire pendant tout le processus. Pour cela sera mise en évidence la manière dont le patient s'illusionne lui-même et tente de tromper autrui, y compris le praticien. Et notamment comment, du fait de sa personnalité et de ses expériences de vie, il a développé des idées sur l'existence, sur le monde, sur les hommes, sur les femmes, sur l'amour, etc., idées qui sont parfois arbitraires, non critiquées, et peuvent donc le leurrer lui-même. Certaines de ces idées devront donc être revues et corrigées afin que la personne puisse se désaliéner et quitter le monde déformant de ses présupposés et de ses dogmes. Le manque d'épanouissement d'un individu, voire son dépérissement, est lié aussi au regard myope ou déformé qu'il porte sur lui-même et sur le monde.

S'accorder avec soi va nécessiter plus de flexibilité des idées et des affects. Ces mouvements psychiques et émotionnels favorisés par le processus thérapeutique s'effectuent au départ de manière périphérique et quasi marginale par rapport au fonctionnement principal du patient puis progressivement on va assister à leur expansion et à leur centralisation. Ce réaménagement, qui se produit dans le monde interne, ne pourra mûrir en changement véritable que lorsqu'il se traduira aussi sur les plans extériorisés du comportement et des conduites affectivo-relationnelles.

Sortir de l'obscurité et de la confusion nécessite de réintégrer ce qui était sorti du champ de conscience et d'assumer ce qui était conscient mais non intégré. Non plus éviter ou fuir mais affronter, apprivoiser et chercher du sens. L'aptitude du patient à organiser la connaissance affinée et renouvelée de lui-même sera non seulement soutenue mais nommée et stimulée par le psychothérapeute. Il s'agit là d'une réforme vitale, une condition pour que le patient puisse sortir de la problématique qui l'enferme et l'engourdit.

On va donc vitaliser la mentalisation pour rendre l'analyse thérapeutique car, rappelons-le, l'analyse n'est pas une fin en soi. Elle a été « créée pour permettre de s'en passer » (Tarpinian A.). C'est pour cela qu'on s'emploie à :

- approfondir l'autoconnaissance ;
- identifier les problématiques aliénantes ;
- mettre en évidence et en dialogue les nœuds de forces obscures et les noyaux de sens ;
- rendre le monde interne intelligible et les actions significantes ;
- dévoiler le système de croyance et la puissance de la vie fantasmatique ;

- favoriser l'accès au réel, car la connaissance des faits n'est pas un reflet fidèle du réel mais une de ses traductions. Nous reconstruisons sans cesse et sans le savoir notre version du réel puis adhérons à nos interprétations, les assimilant à la réalité.

C'est ainsi qu'en analysant son monde interne et les modalités de son rapport au monde extérieur et en reliant ces deux registres, le patient apprend progressivement à *savoir se faire exister*. Il trouve des principes d'orientation et de clairvoyance. Il développe son champ de conscience actuel et s'ouvre au champ de conscience virtuelle qui l'englobe et le dépasse. À lui et son thérapeute se révèlent non seulement la puissance de l'inconscient mais aussi les potentialités de la conscience.

Valérie : dévoilement et dépassement de la honte

Nous avons évoqué Valérie au chapitre précédent, certaines données de son mode d'être, de sa problématique et des éléments de son parcours thérapeutique. Dans celui-ci, l'analyse de ses rêves et de ses fantasmes a favorisé l'actualisation de souvenirs jusque-là occultés concernant sa découverte finalement précoce et prématurée des affaires sexuelles entre adultes. Elle a permis aussi l'identification d'une histoire familiale plutôt sordide qu'elle connaissait assez vaguement et depuis longtemps mais dont elle croyait qu'elle n'avait pas tellement d'importance et dont elle disait que « c'était pas la peine d'y penser, encore moins d'en parler ». Cette attitude apparaissait défensive et le praticien ressentait la nécessité d'explorer le thème de la violence dans l'histoire de Valérie, l'expérience lui ayant montré que quand il y a de la honte, et nous avons vu que c'était le cas pour Valérie, c'est qu'il y a eu violence. Cette intuition confirmée par l'expérience est aussi soutenue dans l'étude de Vincent de Gaulejac :

« À l'origine de la honte, on trouve une situation de violence. Violence physique, parfois, violence symbolique, souvent, violence des relations familiales et psychologiques, toujours. » (de Gaulejac, 1996, p. 64)

Les travaux de Sandor Ferenczi (1933) avaient déjà montré que le traumatisme, et la honte qui peut lui être liée, ne sont pas nécessairement ou seulement sexuels : le traumatisme consiste en effet dans l'apport massif de libido dans un psychisme mal préparé à y faire face, et est donc souvent lié à la violence, mais aussi à la maladie et/ou à la mort. Ajoutons d'autre part que la honte éprouvée est parfois celle d'un autre que le sujet a installé à l'intérieur de lui. La levée du refoulement et de la censure, et le dépassement de la dénégation, ont permis à Valérie de saisir combien sa vie psychique et amoureuse restait prisonnière de vieilles histoires familiales, d'élaborer celles-ci puis de s'en distancier. La honte révélait le fait que cette mise à distance n'avait pas pu s'effectuer jusque-là tout en confortant l'impossibilité apparente de cette distanciation. « La honte est l'affect maître du secret », déclare Tisseron (1992, p. 83), qui

confirme aussi que « le caractère commun à toutes les formes de honte est l'angoisse d'être exclu » (p. 177). C'est ainsi que :

« La honte s'installe selon un véritable cercle vicieux : ressentie comme un témoignage de l'inadéquation entre le monde et soi, elle empêche l'ajustement qui permettrait de lui échapper. » (Tisseron, 1992, p. 182)

La patiente et le clinicien s'aperçurent que l'histoire familiale et personnelle de Valérie était encombrée de salissures qui généraient entre autres des taches aveugles dans son psychisme. Pour ne plus être prisonnière de la honte, il lui fallut partager et élaborer ses blessures et ces souillures dont au début elle était peu consciente. Le fait que la honte perdurait était le signe que quelque chose d'indicible était inscrit en elle :

« Chacun vit des situations humiliantes, mais pour que la honte soit intériorisée et devienne un principe actif dans le fonctionnement psychique, pour que les mécanismes de dégagement mis en œuvre par le sujet ne soient pas opérants, il faut que quelque chose lui échappe. C'est la raison pour laquelle le secret est toujours présent. » (de Gaulejac, 1996, p. 48)

La personne cherche à dissimuler quelque chose que bien souvent elle n'identifie même pas ou dont elle n'a qu'une intuition obscure, une préconscience plus qu'une connaissance. De plus, la honte cachait ici celle d'un membre de la famille, et même du groupe familial dans son ensemble : une enquête menée par Valérie pendant sa thérapie, et qui créa malaise et remous dans son entourage, révéla une sombre histoire de pédophilie attribuée à un oncle paternel, quand Valérie était toute jeune et donc pas en mesure de comprendre en effet de quoi il était question. Le problème majeur pour cette patiente était que cet oncle avait reçu pendant des années la protection du père de Valérie qui intimait à tous le silence, pas tant par le discours, car cela se passait pratiquement sans mots, que par une attitude menaçante. Valérie apprit que son père avait, lors des faits, soutenu son frère avec beaucoup de hargne et de partialité, allant même jusqu'à accuser les enfants abusés d'avoir provoqué ce qui leur était arrivé, à tel point qu'elle se demanda si lui-même n'était pas impliqué dans cette affaire, ce qui renforça pendant toute une période son trouble, sa confusion et son angoisse. Elle imagine également, bien qu'elle n'en eût aucun souvenir précis, qu'elle-même avait été confrontée à cette perversité et sa peur s'en trouva ravivée.

Dans de telles situations, la honte d'une personne est renforcée par celle des autres, notamment ici par l'attitude de la mère de Valérie qui refusait totalement d'aborder ce sujet qui paraissait la pétrifier. Elle semblait elle aussi porter un fardeau qui chargeait considérablement son existence. Cette vieille histoire restait ainsi d'une complète actualité dans le psychisme et la vie de Valérie, ce qui confirme ce propos d'une romancière :

« Nulle faute ne peut être déclarée ancienne tant que perdure la souffrance qu'elle a engendrée. » (Germain, 1994)

Ces circonstances historiques, ces problèmes au sein du groupe familial et les données systémiques qui en résultent, rendent particulièrement ardue la tâche individuelle de se défaire d'un tel complexe psycho-émotionnel collant, à l'origine d'une honte de soi d'autant plus encombrante et inquiétante qu'elle semble échapper à toute rationalité :

« La honte, c'est le désamour de soi, c'est penser qu'on est mauvais à l'intérieur. » (de Gaulejac, 1996, p. 59)

Pour affronter ce sentiment multidimensionnel, fait notamment de récusation de soi, d'impression d'illégitimité, de défaillance, d'infériorité, de déchirure — une réelle déchéance venant parfois compléter et confirmer ces empreintes psychiques — une aide extérieure est nécessaire. Celle-ci peut prendre différentes formes, pas seulement celle d'une démarche psychothérapique, mais toujours elle nécessite l'accueil bienveillant d'un tiers extérieur à toutes ces histoires et qui reçoit sans jugement ces confidences que la personne effectue généralement sur le ton de l'aveu, comme si elle-même avait fauté et ne pouvait se le pardonner. C'est parce que la honte naît dans un cadre relationnel qu'elle doit être élaborée, et peut se trouver tempérée et même dépassée, dans un cadre relationnel.

Le partage de ces éléments dans leur réalité objective (si tant est que celle-ci soit approchable) et plus encore dans leur signification subjective, leur perlaboration émotionnelle puis la découverte à deux de voies possibles de dégagement vont permettre au patient de progressivement intégrer ce qui constituait les sources inconscientes de sa souffrance. Ils vont favoriser aussi son émancipation vis-à-vis des conditions historico-familiales qui avaient présidé à la naissance de cette souffrance. Développer son amour-propre nécessita par exemple pour Valérie que soit exprimé ce qu'elle percevait de sale dans l'amour. Le résultat sur ce point de son parcours psychothérapique illustre bien le propos de Nietzsche :

« Quel est le sceau de la liberté conquise ? Ne plus avoir honte de soi-même. » (Nietzsche, 1882, p. 275)

Elle put aborder par exemple des fantasmes qu'elle trouvait « moches » mais qui l'excitaient beaucoup et auxquels elle avait recours pendant la masturbation, celle-ci étant également très disqualifiée. En les exprimant en séance et en percevant que le praticien n'en était pas outré (elle croyait qu'il serait choqué et lui tiendrait des propos moralistes), elle put se distancier de ses jugements abrupts et eut avec la thématique sexuelle une relation plus simple et accueillante.

Cette libération, qui n'est ni totale ni définitive, nécessitait le dénouement de la honte, affect pluriel requérant une approche pluridimensionnelle : émotionnelle, fantasmatique, mentale, affective. Le plus souvent les séances étaient marquées par l'actualisation de ces divers registres qui se renforcent ou s'inhibent les uns les autres. Dans son rapport aux hommes notamment, elle put constater qu'elle projetait sur la rencontre tout un complexe psycho-émotionnel l'empêchant d'être véritablement en lien. Si par exemple un homme lui faisait un compliment, elle en déduisait immédiatement que c'était une manipulation pour la séduire, qu'en fait il voulait seulement coucher avec elle et finalement elle se fâchait en déclarant qu'il ne pensait qu'à ça et qu'il fallait donc rompre immédiatement ! Conséquence : elle ne rencontrait vraiment aucun homme, sauf quelques-uns qui bien sûr venaient confirmer à un moment ou à un autre *l'a priori* qu'elle plaquait sur eux. L'élaboration consista à envisager les différents aspects de ce scénario répétitif et rigide, à comprendre ce qui dans son comportement pouvait l'induire (par exemple elle faisait des blagues assez graveleuses, qui la surprenaient elle-même, puis s'étonnait douloureusement de ce que l'homme lui fasse rapidement des propositions sexuelles), puis à penser d'autres modalités de la rencontre. L'émancipation a été rendue possible grâce à cette élaboration, qui fut lente, des situations d'impasse générées par la puissance invalidante de la honte individuelle et familiale et par la mise en place d'un système communicationnel destiné à la contrer mais qui avait finalement pour effet de la conforter.

ÉCLAIRER ET CONTENIR LE MONDE INTERNE

Soutenir les interrogations et les pistes de recherche fait partie intégrante du processus psychothérapique. En enquêtant sur les mobiles inconscients de nos conduites, on peut en particulier révéler les stratégies de l'archaïque en nous. C'est ainsi qu'on forme à *l'expertise de soi* (Nathan, 1998).

L'association libre a cette fonction d'éclairage du monde interne. C'est une sorte d'initiation à soi-même et la découverte d'une autre logique de fonctionnement. On pourrait penser que cette approche, qui est au cœur de la méthode psychanalytique, est connue de l'ensemble des professionnels de la psychothérapie et proposée par nombre d'entre eux. L'expérience de la supervision montre au contraire qu'elle est peu pratiquée car méconnue. Aussi nous semble-t-il utile d'en rappeler la teneur. La méthode freudienne de libre association consiste à exprimer sans discrimination les pensées qui viennent à l'esprit sans orienter ni contrôler ce déroulement par une intention sélective. Précisons tout de suite que cette liberté est toute relative car rapidement, et souvent tout de suite, le patient prend conscience qu'il résiste, qu'il a peur et qu'il censure. Les défenses inconscientes et préconscientes deviennent beaucoup plus évidentes, c'est aussi un intérêt de cette approche. C'est

en plus une méthode d'une grande simplicité puisqu'il s'agit seulement d'inviter le patient à s'exprimer librement, sans choisir ni censurer ce qui lui vient, et d'examiner comment s'enchaînent les mots et les thèmes. Ajoutons que ce qui est vrai pour les pensées l'est aussi pour les autres aspects du vécu : que ce soit une sensation, une émotion ou un fantasme, cet élément est relié à d'autres éléments du vécu psychique. Loin d'être isolé, chaque élément s'inscrit dans des chaînes associatives qui elles-mêmes participent à de véritables réseaux. Parler librement, c'est suivre des enchaînements dont la logique peut nous échapper, c'est entrer dans des carrefours et laisser la suite du trajet s'effectuer spontanément, c'est rencontrer et apprivoiser des connexions dont on pouvait ignorer l'existence en soi.

Voici un exemple d'associations libres extrait du dernier ouvrage de Didier Anzieu :

« ANALYSTE. — Dites la première phrase qui vous vient à l'esprit.

PATIENT. — La lune est bleue. Vous voyez bien que ça ne tient pas debout.

A. — À quoi cela vous fait-il penser ?

P. — C'est une affirmation gratuite. La lune est jaune, d'un jaune pisseux, surtout quand on l'aperçoit à travers les nuages.

A. — Avez-vous pensé que le bleu est la couleur complémentaire de l'orange ? Que parler peut être une façon de penser par contraste, par antiphrase ?

P. — Vous venez de me rafraîchir la mémoire : "La terre est bleue comme une orange", c'est un vers d'Éluard ! [...] La nuit, les hommes s'habillent pour aller voir au cabaret des femmes qui se déshabillent.

A. — Des femmes qui montrent leur lune.

P. — La lune est le mot tendre pour désigner la partie postérieure du corps chez l'enfant, chez la femme, mais il ne convient pas à la virilité de l'homme.

A. — La lune est la partie du corps semblable chez les deux sexes.

P. — Passer au bleu, c'est effacer.

A. — La vision du derrière effacerait-elle celle du devant ?

P. — Brusquement, je me souviens de mon grand-père observant la toilette de sa petite fille, près du feu qui brûlait dans la cheminée. Elle sortait du bain et on la séchait. Elle était nue. Il la voyait de dos et s'est écrié : "Je vois la lune !" À ce moment, la mère a fait se retourner l'enfant pour la sécher de l'autre côté. Elle est apparue avec la fente de son sexe bien visible, et le grand-père s'est écrié : "Je vois le soleil !" J'avais huit ans. J'ai eu la vision d'un ciel déchiré et sanglant, sur le modèle du culte de Mithra dans l'Orient antique où le soleil était porté par les cornes du taureau mis à mort et perdant son sang, permettant ainsi au soleil de se nourrir, de revivre et de revenir.

A. — La lune bleue serait l'antidote du soleil rouge.

P. — C'est plus complexe. La lune est bleue des coups reçus pendant l'enfance ». (Anzieu, 1994, p. 81-83)

Cet exemple illustre ce que peut être la méthode d'associations libres mais il n'est pas vraiment représentatif de ce qui se vit habituellement en séance car ici l'analyste intervient presque autant que le patient. Ce n'est pas la situation la plus fréquente, le patient ayant bien sûr le temps d'intervention le plus important. Signalons que la proposition d'associations libres n'est pas la propriété de la psychanalyse et qu'elle peut s'inscrire dans une stratégie intégrative et pluri-référentielle car elle réalise fort bien le projet d'éclairage du monde interne. D'autres méthodes sont d'ailleurs possibles en remplacement ou en complémentarité. C'est le cas pour le jeu, tel le psychodrame, ou le recours à une proposition activatrice, telle la respiration amplifiée ou l'expression d'une émotion. Ces actions provoquent le monde interne, le remuent dans différentes zones, y compris les plus enfouies et favorisent l'apparition de ce qui échappait à la conscience et qui pourra alors être repris et élaboré dans une parole d'intégration et de distanciation.

PAUL est allongé sur le divan et s'agite sans parole depuis une dizaine de minutes. Il est parfois secoué d'une sorte de spasme qui part du bassin et le fait se recroqueviller dans une attitude où s'expriment la peur et la douleur. Sur le visage par contre n'apparaît presque rien.

A. — Essayez de mettre des mots sur ce qui se passe dans votre corps.

P (*émet un son, comme un râle*). — Mal, mal au ventre (met sa main en protection sur son sexe), menace, des yeux de glace, j'ai peur (*se plie en deux et pleure*) non, Non, NON !

A. — À quoi ou à qui dites-vous non ?

P (*tout en continuant de se protéger physiquement*). — Elle est trop proche, une bouche grande ouverte, des yeux qui brûlent, elle va me cuire avec ses yeux et me manger avec ses dents, ce n'est pas maman et pourtant elle a son visage, qu'est-ce qui nous arrive ? J'ai tellement peur, il faut pas me faire du mal (*il sanglote*), j'ai trop peur (*il tend la main en arrière vers l'analyste qui la prend dans sa main*). J'ai peur, il n'y a que ça, plutôt mourir que de rester dans cette peur.

A. — Vous sentez la peur dans quelles parties de vous ?

P. — Le ventre, le bas ventre, j'ai les jambes qui tremblent, j'ai les yeux retournés vers l'intérieur, je ne vois que du noir. Il y a un grand feu au fond, comme si on m'attendait pour me torturer. C'est trop dur ! (*Il s'assied soudainement au bord du divan, gardant la main de l'analyste dans la sienne qui est trempée de sueur froide.*)

A. — Paul, regardez-moi ! Vous avez eu très peur étant tout petit et vous avez encore peur aujourd'hui. Mais ensemble on peut affronter cette peur, mieux la comprendre et peut-être la dépasser. Est-ce que vous trouvez que mes yeux sont de braise ou de glace ?

P (*s'essuie les yeux et le nez*). — Non, et vos dents n'ont pas l'air de crocs blancs prêts à me lacérer (*il sourit*).

A. — Crocs blancs ?

P. — J'adorais ce livre, je l'avais reçu comme prix du meilleur camarade ! (*Il sourit à nouveau.*) J'adore les chiens. Ils sont fidèles, eux.

A. — Quand nous nous regardons comme ça, je ressens que vous devez être un ami fidèle.

P. — Oui, je suis comme le chien Croc-Blanc qui sauve les hommes de leur bêtise. D'ailleurs, depuis que je fais du théâtre, on me dit que j'ai un côté cabot ! (*Il rit et l'analyste avec lui.*)

Il ne suffit pas de faire émerger, il faut aussi contenir. Car ces méthodes créent beaucoup de résistances et de peurs, le patient pouvant être déboussolé, voire effrayé par ce qui se présente à lui. Il s'aperçoit que les sujets les plus extrêmes, les enjeux les plus puissants peuvent advenir quasi immédiatement quand l'imaginaire et l'expression se trouvent libérés de leurs digues habituelles. Le sexe sous toutes ses formes, la violence dans tous ses états, la solitude dans toute sa nudité et la mort dans toute sa crudité peuvent ainsi lui apparaître en moins de temps qu'il n'en a eu pour s'en protéger. C'est pourquoi le cadre externe de l'accompagnement et le cadre interne de l'accompagnateur sont-ils fortement convoqués dans leurs valeurs pare-excitatrice et contenant.

Chapitre 3

CONSTRUIRE LA PENSÉE ET ACORDER LA CONDUITE

« L'acte de penser se situe dans une déviance, dans une marginalité, dans un refus de soumission aux idées dominantes. Il faut souvent un long temps d'incubation pour qu'émergent des idées qui avaient été reléguées car jugées idiotes ou irréalistes. »

(E. Morin¹)

« J'ai passé trois années de voyage à oublier ce que j'avais appris par la tête. Cette désinstruction fut lente et difficile : elle me fut plus utile que les instructions imposées par les hommes, et vraiment le commencement d'une éducation. »

(A. Gide²)

PLUS QUE les psychanalystes et les psychothérapeutes, le pluridisciplinaire et transdisciplinaire Edgar Morin a fortement et judicieusement insisté sur le fait que *penser la réforme* nécessite de *réformer la pensée*. C'est pourquoi nous prenons appui dans cette partie sur

1. E. Morin, *Pour une utopie réaliste*, Arléa, p. 107.

2. A. Gide (1917), *Les Nourritures terrestres*, Gallimard, 1989, p. 71.

les travaux fondamentaux qu'il a initiés et générés. À cette réflexion sur la construction de la pensée, nous ajoutons comme perspectives la prise en compte et l'amélioration des conduites. La conduite est un concept dynamique qui pourrait être défini comme un comportement orienté intentionnellement vers un but¹. Ce qui suit concerne donc une évolution dynamique et intégrative des processus à la fois mentaux et comportementaux.

DÉSAPPRENDRE

La première étape consiste à apprendre à désapprendre, ce qui signifie que chacun est appelé à prendre conscience de ses croyances, de ses *a priori* et à s'en distancier. Car il n'y a pas que les déterminations biologiques, historiques, inconscientes, familiales et sociales qui influencent nos vies. Il existe aussi un impact déterminant des convictions et des croyances, certaines collectives, d'autres individuelles, imposant à chacun la force normalisatrice des dogmes et la puissance inhibitrice des tabous. Les vérités établies et les *a priori* non réfléchis sont à la fois stabilisants, puisque la personne échappe alors pas au doute et cela la rassure, mais aussi aliénants car des stéréotypes cognitifs règnent sur sa vie et l'appauvrissent. Cette coercition est comme une empreinte matricielle qui entraîne rigidités, blocages et conformisme mental. Nos dogmes internes submergent notre psychisme, « nous rendent inconscients tout en nous donnant l'illusion d'être hyperconscients » (Morin, 2000, p. 29).

Par exemple, CLAUDE s'évertuait à vouloir persuader son entourage ainsi que son analyste que le monde était si noir et corrompu qu'il ne fallait en espérer aucun bienfait. Seuls les animaux étaient irréprochables, les hommes quant à eux ne méritaient aucune excuse ni pitié. « Le monde est pourri, disait-il, les hommes sont ripoux, comment voulez-vous que ma vie s'arrange ? » Comme il était intelligent, il percevait bien le manque de logique et de rationalité contenues dans cette interrogation mais il ne pouvait s'empêcher d'y revenir souvent. C'était comme un refrain qu'il entonnait avec encore plus de vigueur quand il se sentait plutôt bien et venait, par exemple, de vivre une séance intéressante et agréable avec son analyste. Comme si ce bien-être et l'avancée qu'il indiquait lui devenaient difficilement supportables. Son histoire bien sûr donnait des éléments pour comprendre cette prise de position. Issu d'un milieu économiquement défavorisé, il avait été très malmené par les inégalités sociales et l'arrogance de ceux qui possédaient des biens, n'avaient pas de problèmes de fin de mois et détenaient le pouvoir, notamment sur le lieu professionnel. Il avait vu maintes fois son père se trouver en situation dévalorisante et « baisser son froc », comme il disait avec un certain mépris et une grande tristesse. Lui-même avait une situation professionnelle plutôt bonne. Il avait obtenu une maîtrise de droit en travaillant pour payer ses études, ce dernier point

1. Cf. Boutinet, 1993.

l'exaspérant tout autant qu'il en était fier. Mais dans l'exercice de son métier, il était régulièrement amené à taire ses convictions pour obéir à des ordres qu'il jugeait stupides, comme ceux qui les proféraient. À partir des conditions socio-affectives de son enfance, il avait en fait bâti une représentation du monde et des hommes qui avait l'avantage de donner du sens à son aigreur mais qui avait l'inconvénient de conforter aussi sa douleur d'être :

« La plainte aurait pu jouer le rôle d'un rite de passage, être une esthétique mise en forme de la douleur [...], une élégie pour commencer à clore un deuil. Mais elle devient bientôt, parce qu'elle dure, une fixation répétitive qui alimente le chagrin au lieu de l'épuiser » (Roustang, 2000, p. 10).

Claude s'enfermait dans sa croyance que le monde était pourri et que sa vie s'en trouvait ainsi profondément et définitivement abîmée. Quand il allait mieux, c'est tout cet édifice construit qui se trouvait menacé. C'est pourquoi il ne pouvait se résoudre à renoncer à ses valeurs. Car la confusion était là : il croyait qu'il lui fallait renoncer à ses valeurs s'il menait une vie douce et sans problème majeur. Alors qu'il s'agissait au contraire de continuer sa lutte, puisque celle-ci lui semblait essentielle, mais sans pour autant souffrir quotidiennement, comme cela était malheureusement le cas, ce qui constituait l'objet de sa démarche thérapeutique.

Cet exemple illustre l'interrogation suivante : nous croyons posséder nos idées mais est-ce que ce ne sont pas les idées qui nous possèdent ? Prendre conscience de cette possession est une nécessité pour pouvoir dialoguer avec nos idées et les maîtriser autant qu'elles nous contrôlent. Cette double possession peut finalement aboutir à une convivialité. Comme pour les théories qui les englobent, les idées et plus encore les croyances, qui sont des idées non pensées, méritent d'être situées, relativisées et parfois domestiquées. Il convient à la fois de servir les idées et de les asservir afin qu'elles orientent nos stratégies cognitives et nos conduites relationnelles sans nous nuire. Ce qui pose l'important problème de savoir distinguer au sein de la pensée ce qui est utile, voire bénéfique, de ce qui est encombrant, voire nocif ; de différencier :

« l'idéalité, mode d'existence nécessaire de l'idée pour traduire le réel, et l'idéalisme, prise de possession du réel par l'idée ; la rationalité, dispositif de dialogue entre l'idée et le réel, et la rationalisation, qui empêche ce même dialogue » (Morin, 2000, p. 30).

Prenons l'exemple de l'*idée fixe*. L'idée fixe est celle qui immobilise. Elle entraîne une focalisation outrancière et réductrice de la pensée. Sur le plan de la construction théorique, on l'a observé chez Freud, un chercheur brillant mais pour qui la sexualité servait d'explication quasi systématique : « De quelque cas et de quelque symptôme que l'on soit parti, on finit toujours inmanquablement par aboutir au domaine sexuel » (*Étiologie de l'hystérie*, 1896), ou : « Le rapport de la névrose obsessionnelle à la sexualité n'est pas toujours évident. Je puis t'assurer que dans le cas de la miction compulsive, il ne fut guère facile à trouver ; il serait passé inaperçu à un chercheur moins monodéiste que moi »

(Lettre à Fliess du 7 février 1894). Ce monoïdéisme est problématique car le lien qui s'effectue constamment entre des troubles divers et une cause unique devient parfois arbitraire. C'est une explication partielle, et souvent partielle, qui ne rend pas compte de la complexité des êtres et des causalités.

L'idée fixe est bien sûr également présente chez des personnalités plus communes. Elle est même peut-être plus à l'œuvre du fait que ces personnes ne font pas profession de penseur.

Ainsi pour JACQUES, chef d'entreprise performant dont l'efficacité au travail n'avait d'égale que l'inefficacité en amour. Pour se dégager de cet échec permanent, il tentait vainement d'appliquer dans sa vie privée ces mêmes règles tactiques qui s'avéraient si utiles dans sa sphère professionnelle. Se caricaturant lui-même, il expliquait à son thérapeute qu'il avait beau utiliser le modèle OPI (opérations régulation intervention !) et la grille RPBCD (réel-problème-besoin-contenu-diagnostic), il était toujours à côté de la plaque avec les femmes.

« Mon coach, disait-il, m'a raconté l'histoire suivante mais je ne sais pas quoi en faire : un technicien est convoqué dans une entreprise pour réparer une chaudière qui ne fonctionne plus. C'est en plein hiver, il fait très froid dans les bureaux et tout le monde râle. Après avoir inspecté la tuyauterie et fait le tour de la machine, le technicien sort un marteau, en donne un coup à un endroit bien précis et immédiatement la chaudière redémarre. Le chef d'entreprise est épaté tout autant que soulagé. "Bravo, dit-il, combien vous dois-je ?" Le technicien répond : "100 euros.

— Quoi, cent euros pour un coup de marteau ?

— Non, 99 euros pour savoir où donner le coup de marteau, et 1 euro pour le coup de marteau !" »

Le thérapeute lui fit remarquer que cela parlait sans doute de la manière dont il dépensait son énergie sur le plan relationnel, sans prendre suffisamment le temps d'une réflexion préalable, ce qui l'amenait à multiplier des actions qui n'arrivaient qu'à crispier encore plus l'ambiance au lieu de dégeler l'atmosphère. Tous les modèles, les grilles, les tableaux et les conseils n'y pourraient rien s'il ne comprenait pas cette nécessité d'un préalable réflexif et d'une attention sélective. « Ainsi, lui dit-il, quand vous m'avez raconté votre rendez-vous avec votre dernière conquête, vous m'avez dit lui avoir offert un bouquet de fleurs, l'avoir invitée dans un grand restaurant, l'avoir emmenée à l'opéra. Vous m'avez montré tous les efforts que vous avez fournis mais vous ne m'avez rien dit de cette femme, si ce n'est qu'elle n'avait pas l'air contente. Je ne sais même pas si elle vous plaît ! C'est comme si vous donniez des coups de marteau un peu partout sur la chaudière sans vous demander comment elle fonctionne et ce qu'il convient de faire pour que l'ambiance se réchauffe ». Jacques répondit alors : « Avec les femmes, aller plus loin est une idée fixe. C'est pourquoi je reste sur place. » Il fallut construire, et surtout affiner, sa pensée sur le thème relationnel. Il voulait tellement être efficace en séduction comme il l'était en gestion qu'il faisait échouer toute tentative dans ce domaine. Ce qui fut intéressant avec Jacques fut aussi sa grande résistance à comprendre que,

plutôt que des démonstrations de séduction, la partenaire rencontrée attendait des marques d'attention pour sa personne réelle. Quand le praticien parlait ainsi, c'était au début pour Jacques comme s'il parlait une langue étrangère. Il ne semblait pas comprendre de quoi il était vraiment question.

En fait, et cet exemple l'illustre, l'idée nouvelle est rarement acceptée tout de suite. Elle va généralement susciter un mouvement de répulsion, allant physiquement du haussement d'épaules à la mimique de dégoût et psychiquement de la surprise gênée au refoulement pur et simple. Car, comme l'a bien exploré E. Bloch, il y a résistance face à l'advenue du nouveau (1959). Dans le processus de changement, il faudra lutter contre les résistances à la levée du refoulement mais aussi soutenir les opérations psychiques de l'émergence. Et éviter leur clôture prématurée. Ce que le cinéaste Luis Buñuel avait bien identifié : « J'ai toujours été du côté de ceux qui cherchent la vérité, disait-il, mais je les quitte lorsqu'ils disent l'avoir trouvée »...

Le progrès à soutenir avec chacun est bien la recherche sur lui-même mais aussi, parallèlement, la capacité de se décoller de ce qu'il croit avoir trouvé, de manière à n'être pas le jouet inconscient de ses idées et des croyances plus ou moins mensongères qui les accompagnent.

RÉAPPRENDRE

« C'est d'ordinaire avec notre être réduit au minimum que nous vivons ; la plupart de nos facultés restent endormies, parce qu'elles se reposent sur l'habitude qui sait ce qu'il y a à faire et n'a pas besoin d'elles. »

(M. Proust¹)

Après l'apprentissage du désapprentissage, et parallèlement à lui, le patient apprend à apprendre tant au niveau de la pensée qu'à celui de la conduite. Ce qui consiste pour l'essentiel à penser les possibles et à encourager la mobilité psychique et la souplesse interactive. « Mieux vaut une tête bien faite que bien pleine », écrivait Montaigne. Ce qui signifie que, plutôt que d'accumuler le savoir, il est beaucoup plus important de disposer d'une aptitude générale à poser et traiter les problèmes. C'est souvent ce qui fait défaut. On l'a vu avec l'exemple de Jacques.

Le problème, dans l'étude de la condition humaine, est que nous sommes à la fois observateurs et observés, que nous étudions un matériel aussi familier qu'étranger. Car penser son propre système de pensée et observer son propre comportement sont des gageures. Il est logique de se trouver en difficulté quand on veut voir ses cécités, identifier ses erreurs ou être lucide sur ses illusions. Par exemple Marx et Engels ont bien montré que les hommes ont toujours de fausses conceptions

1. M. Proust, *À l'ombre des jeunes filles en fleurs*, Gallimard, 1992, p. 216.

d'eux-mêmes, de ce qu'ils font, de ce qu'ils doivent faire et du monde où ils vivent (voir *L'Idéologie allemande*) mais force est de constater qu'eux-mêmes n'ont pas échappé à la dérive idéologique.

Le savoir sur soi doit être régulièrement révisité et les connaissances révisées par la pensée. Le thérapeute défend et promeut cette autonomisation de la conscience, celle qui reconnaît la part qui lui échappe, ainsi que la capacité de problématiser, avec cette conséquence fondamentalement soignante qui est que la pensée reste ainsi ouverte et vivante. Lors d'un congrès, l'ethnopsychiatre Tobie Nathan a affirmé que les peuples civilisés sont ceux qui savent comment se présenter à des étrangers. Parole intéressante si on la ramène aussi à l'individu. Est civilisé celui qui peut se regarder avec distance, se relier à une histoire, à une culture et à des ancêtres et ainsi peut se présenter à un autre en ayant des chances d'être compris. Il en irait de même pour un théoricien ou un praticien cherchant à se faire comprendre de spécialistes d'une autre doctrine ou d'une autre pratique. Pouvoir se présenter et se situer est un signe de maturité et d'humilité.

Le projet est multiple. Nous pouvons le résumer dans l'encadré ci-dessous.

PENSER AUTREMENT

Voir le global

trop souvent fragmenté en parcelles, ainsi que *l'essentiel*, trop souvent dissout car plus nous sommes saisis par les problèmes, plus il nous est difficile de les saisir.

« *L'approche réductionniste qui consiste à s'en remettre à une seule série de facteurs pour régler la totalité des problèmes posés par la crise multiforme que nous traversons actuellement est moins une solution que le problème lui-même* » (Peccei et Ikeda, 1986).

L'intelligence qui sépare exagérément au lieu de relier atrophie les possibilités de compréhension et de réflexion. « *Son insuffisance pour traiter nos problèmes les plus graves constitue un des problèmes les plus graves* » (Morin, 1999, p. 14-15).

Affronter les incertitudes

car le doute est le levain d'une pensée critique. Nous nous bâtissons dans l'inconnu, ce que le poète Salah Stétié a bien désigné : « *Le seul point à peu près certain dans le naufrage des anciennes certitudes est le point d'interrogation.* » Le processus psychothérapique nécessitera l'affrontement des aléas, de l'inattendu et de l'incertain. Les contradictions ne seront plus perçues comme le résultat d'erreurs logiques mais au contraire comme l'assomption de la logique complexe qui vise l'articulation de positions opposées et non leur seule alternative. On assume le *et* et non pas seulement le *ou* : « *Ni la contradiction n'est marque de fausseté ni l'incontradiction n'est marque de vérité* » (Pascal).



Par exemple Cécile se plaignait de parfois détester son mari alors qu'elle ressentait par ailleurs beaucoup d'amour pour lui. Elle ne comprenait pas ce phénomène et s'en voulait énormément d'avoir « des pensées aussi sales ». C'est pourtant le lot des humains d'être ambivalents vis-à-vis des objets d'amour. Il ne s'agit pas de nier cette ambivalence mais d'en assumer la présence en nous. C'est en intégrant cette difficulté et non en se condamnant que Cécile put réduire sa douleur de n'être pas qu'amour. Il lui fallut aussi comprendre les projections qu'elle effectuait sur son mari, le fait que son rejet ne concernait pas seulement son partenaire mais aussi ses propres parents et plus encore elle-même.

Développer l'esprit problématiser et écologisant

cela consiste surtout à situer l'événement ou le problème dans le contexte dans lequel il s'inscrit inévitablement et dont il n'est qu'artificiellement séparable. Cette mise en contexte éclaire autrement le problème à traiter. Ainsi pour notre milieu d'origine. Notre conscience réflexive nous fait connaître ce monde où nous sommes nés et dans lequel nous nous sommes développés. Et, se faisant, elle nous en éloigne d'autant. Le fait de considérer d'une manière globalement rationnelle notre parcours et le contexte humain dans lequel il s'inscrit nous sépare de cet environnement premier tout en nous y inscrivant avec plus de force. C'est ainsi que l'aventure psychothérapique est un processus tout à la fois d'enracinement et de déracinement. Elle contribue à la formation d'une conscience d'appartenance en même temps qu'à celle d'une possibilité d'émancipation. Comme pour nos amis les arbres, il faut une solide implantation dans le sol pour tendre sans risque vers le ciel.

L'incertitude psychologique n'est pas le moindre des obstacles. Notre vie est tellement placée sous l'influence du monde inconscient que l'auto-examen n'est jamais certain d'être juste. Notre sincérité éventuelle n'est pas exempte d'auto-illusion. Toute auto-connaissance est inévitablement limitée, mais c'est le propre de toute connaissance.

Marier l'ordre et le désordre

l'esprit problématiser affronte l'incertitude par le déploiement d'une relation complémentaire entre ordre et désordre, par le travail du lien entre le désordre et l'organisation. C'est parce que les êtres qui s'organisent augmentent leur autonomie que nous cherchons à développer chez les patients, mais aussi chez les praticiens, cette intelligence que les Grecs nommaient *métis* et qui est un « *ensemble d'aptitudes mentales [...] qui combinent le flair, la sagacité, la prévision, la souplesse d'esprit, la débrouillardise, l'attention vigilante, le sens de l'opportunité* » (Détienne et Vernant, 1974).

Abandonnons la vision unilatérale qui définit l'être humain par la rationalité *ou* par la folie et comprenons que tout individu porte en lui de façon bipolaire l'ensemble des caractères antagonistes. C'est ainsi que nous sommes à la fois rationnels *et* irrationnels, comme nous sommes sérieux *et* ludiques, réalistes *et* imaginatifs, prosaïques *et* poétiques,

adultes *et* infantiles. En psychothérapie, nous révélons ce double pilotage qui gouverne la vie de toute personne. Si celle-ci n'accède pas à l'objectivité, elle perd la possibilité d'inscription consciente dans le monde et reste engluée dans ses profondeurs obscures. Si elle rejette la subjectivité, elle perd ses possibilités imaginatives puisque la créativité naît là où vivent les fantasmes et parfois là où rode le délire.

ESTELLE, par exemple, avait une vie très normative, faisant ce qu'elle avait toujours entendu qu'il fallait faire (concernant la vie sociale, les courses, le ménage, les discussions autour d'un thé, etc.) et ne faisant rien qui puisse ternir cette normalité apparente. Ses tentatives pour sortir de ce qu'elle vivait finalement comme un carcan échouaient car elle critiquait tout ce qui l'en éloignait. Par exemple, elle était allée à un cours de théâtre, pensant à juste titre que cela pouvait l'aider à développer son imaginaire, sa créativité et à se « débloquer » comme elle le disait elle-même. Mais dès le second cours, le professeur avait proposé un exercice d'improvisation sur le thème : « Vous êtes un ballon de football qui se dégonfle ; mimez votre évolution pendant la partie qui dure trois minutes. » Tout d'abord, il lui avait fallu un certain temps pour comprendre la consigne, pourtant simple, tant il lui était difficile d'accueillir l'originalité. Puis elle avait senti une grande part d'elle-même lutter contre cette proposition de jeu qu'elle avait finalement refusé. Elle s'était contenté de regarder les autres jouer, s'était énervée en les voyant s'amuser, et s'était répété : « Qu'est-ce qu'ils sont ridicules ! On dirait des débiles ! » Elle avait quitté le cours et n'y était jamais retourné. Son travail thérapeutique rencontrait les mêmes difficultés, les principaux mécanismes de défense utilisés étant la projection, la rationalisation et l'isolation. Les interprétations sur ses fantasmes ou les propositions d'interactions innovantes étaient systématiquement contrées par des propos moralistes, méprisants et banalisants qui bloquaient complètement le processus. Comme cela est fréquent en psychothérapie, elle faisait vivre au praticien ce qu'on lui avait fait vivre pendant l'enfance : son espièglerie, ses rires, ses quelques bêtises étaient systématiquement ridiculisés et elle avait appris à étouffer toute vie ludique. Elle était ainsi devenue raisonnable alors qu'elle n'était même pas adolescente et la suite de sa vie restait sous l'emprise de ce système où la raison froide exerçait sa dictature sur l'ensemble de la personnalité.

La vie de chacun s'accomplit dans le cadre d'une alternance entre mobilité et contention, d'un dialogue ou d'un conflit entre les forces de construction qui favorisent l'ouverture et la joie, et les forces d'inertie, et parfois d'autodestruction, qui dominent là où règnent solitudes et angoisses. Chacun voit sa vie ballottée entre l'énergie de la reliance et la puissance de la disjonction. Aux courants de l'une s'opposent les contre-courants de l'autre, chaque partie résistant à la menace inflationniste et tyrannique de l'autre dans un système qui finalement s'autorégule.

COMPRENDRE

Autre projet complémentaire, et non des moindres : comprendre au lieu de juger.

Parmi les causes des plus grandes incompréhensions, citons les idées préconçues, l'incapacité de s'introspecter et donc de s'autocritiquer, les raisonnements pseudo-rationnels à partir de prémisses arbitraires, ainsi que le déni. Ces causes deviennent aussi les conséquences des erreurs d'appréciation qu'elles engendrent. Ainsi du jugement moral qui, prenant la forme de l'indignation, ne signale finalement qu'une absence de pensée :

« La disqualification pour raisons d'ordre moral permet d'éviter tout effort d'intelligence de l'objet disqualifié, en sorte qu'un jugement moral traduit toujours un refus d'analyser et même un refus de penser. » (Rosset, 1997, p. 68)

La compréhension n'excuse pas, mais elle n'accuse pas non plus. Elle exige toutefois d'éviter toute condamnation péremptoire et réactionnelle. Force est de constater que l'incompréhension s'accompagne souvent d'une prétention à la souveraineté intellectuelle et morale. Ainsi Cécile avait décidé que ceux qui exprimaient leur agressivité, ce qu'elle-même ne pouvait faire, étaient des êtres négatifs et que le monde se porterait mieux s'ils en étaient exclus. Son incapacité à intégrer la négativité en elle se traduisait par une pseudo-morale apparemment basée sur la quête d'amour mais finalement manichéenne et terroriste. Savoir que l'on est faillible et connaître ses propres manques sont des nécessités pour moins juger autrui. Se savoir carencé aide à saisir les autres autrement que par le mépris ou le rejet.

Viser la compréhension, c'est aussi *soutenir la curiosité*, qui est une faculté très vivante de l'enfance et de l'adolescence. Trop souvent éteinte ou engourdie pendant le parcours scolaire et la vie familiale, elle a besoin d'être éveillée ou stimulée, et c'est aussi le projet psychothérapique. La ferveur d'aider n'est pas une fureur de guérir mais plutôt l'encouragement de l'aptitude interrogative et son orientation vers les problèmes fondamentaux. Plus qu'un goût pour les solutions, c'est un esprit de recherche que gouvernent le plaisir de l'enquête et l'attrait pour la découverte de sens. Et qui favorise aussi la capacité de s'attendre à l'inattendu et même de s'émerveiller du surgissement du nouveau.

Il s'agit donc de revisiter les habitudes mentales et comportementales. Pourquoi ? pour comprendre au lieu de juger, disions-nous. Oui mais aussi pour chercher un accord avec son actualité, pour être moins en contradiction avec son présent, même si celui-ci est difficile :

« Il s'agit non pas d'être d'accord mais d'être en accord, [c'est-à-dire d']apprendre à danser avec les personnes et les événements. » (Roustang, 2000, p. 15-16)

Pour Estelle, il fallut beaucoup de patience au praticien pour l'aider à progressivement tempérer ses critiques systématiques dans lesquelles elle s'engourdissait elle-même et figeait la thérapie ; puis pour l'amener à envisager de « danser » avec elle-même, avec son thérapeute et plus largement avec ce qui constituait sa vie.

Chapitre 4

INTÉGRER LE PASSÉ ET ENVISAGER L'AVENIR

L'HISTOIRE humaine n'apparaît linéaire que dans les manuels pédagogiques. En fait, qu'elle soit individuelle ou collective, l'histoire procède de turbulences, de dérives et de stases. Elle est le résultat d'alternances ou de chevauchements entre des périodes de latence et des périodes de virulence, entre des évolutions et des régressions, entre des charnières et des brisures, entre des apparitions et des disparitions de personnages ou d'événements.

En psychothérapie, le travail sur ce scénario complexe et toujours singulier qu'est l'histoire individuelle, ainsi que le repérage des fixations possibles aux différentes étapes du développement, vont permettre de redémarrer le processus de croissance. En incitant le patient à prendre en charge son devenir, on soutient son effort pour exister. Ce qui va nécessiter d'opérer des actes de rupture et de recommencement, de soutenir la capacité d'arrachement.

FAIRE UN BON USAGE DU PASSÉ

Pour faire un bon usage du passé, il faut tout d'abord enquêter sur lui. Quel est le scénario global ? Quels sont les personnages et les événements marquants ? Où la personne en est-elle dans le déroulement de cette destinée toujours singulière qu'est son existence ? Cette investigation vise l'autoconnaissance distanciée. Il s'agit parallèlement pour le patient de se responsabiliser face à son histoire et par rapport à

ses histoires, et notamment de dresser des remparts contre le désespoir qu'elles ont pu générer. Dans l'investigation psychothérapique, on tire profit d'expériences historiques non pour les répéter mais pour stimuler, à leur remémoration, l'invention et la construction.

La trajectoire de vie de BRIGITTE était plutôt banale : elle avait vécu son enfance dans un cadre familial traditionnel composé des deux parents, d'un frère et d'une sœur. Elle n'avait connu ni abandon ni violence et quant à l'ambiance à la maison elle ne savait qu'en dire si ce n'est qu'il ne se passait pas grand-chose ! Le motif de sa démarche psychothérapique était justement ce « pas grand-chose » qui régnait sur son existence. Elle poursuivait à son insu, mais en l'observant, cette platitude morne connue pendant toute son enfance et que l'adolescente timide et angoissée qu'elle fut n'avait pas su critiquer et dépasser. Elle aurait pu poursuivre ce schéma de vie d'apparence « normale » et sans problème véritable mais elle sentait au plus profond d'elle que cette existence au ralenti n'était pas vraiment la sienne, qu'elle était embourbée dans un quotidien répétitif et mou qui ne la satisfaisait pas du tout. C'est à un état de viscosité psycho-émotionnelle qu'elle devait faire face. Après l'investigation de son passé, de son histoire familiale et personnelle, l'exploration de sa vie fantasmatique avait montré combien son existence réelle reflétait peu sa vie imaginaire et son bouillonnement interne. Elle rêvait de voyages, d'aventures et d'amour, sans d'ailleurs d'emphase particulière : elle voulait seulement une vie intense et colorée. Sans rejeter son histoire infantile et familiale, il lui fallait donc dépasser un certain nombre de limites et de blocages inhérents à celle-ci.

En effet, intégrer le passé, ce n'est pas le renier mais adopter une position suffisamment critique pour ne plus prolonger les éléments inadéquats, invalidants et parfois mortifères qui le composent. Le patient généralement prolonge la culture ambiante spécifique qu'il a connue dans son univers familial d'origine. Il en reproduit les caractéristiques, les normes, les forces et les failles. Ne plus être prisonnier de cet univers, se distancier de la poursuite répétitive, va nécessiter d'engager des *processus novateurs*, capables de mobiliser et de libérer.

Pour Brigitte, il fallut surtout l'aider à se désennuyer, à trouver du plaisir là où habituellement elle n'envisageait même pas qu'il soit possible d'en obtenir dans le réel. Par exemple, elle avait entendu la proposition d'associations libres comme une règle de fonctionnement à laquelle il convenait de se plier pour effectuer son analyse correctement mais presque jamais elle ne trouvait de la joie à penser, à parler ou à tenir des propos originaux. Il fallut que le praticien montre l'exemple en s'exprimant quelquefois spontanément pendant quelques instants et en y prenant un plaisir évident pour qu'elle comprenne de quoi il était question. Elle put ensuite elle-même s'amuser à laisser s'exprimer les mots et les fantasmes et convint que cela donnait une autre coloration à son présent. Il lui fallut aussi comprendre pourquoi ses parents avaient si peu de plaisir dans leurs existences respectives et dans leur couple. Il est très difficile en effet de dépasser quelque chose dont l'on ne saisit pas

la raison d'être. Élaborer des hypothèses sur le mode de fonctionnement psychique et relationnel des parents, au lieu de s'en plaindre à longueur de séances, fut une étape importante dans l'émancipation de Brigitte.

En psychothérapie, on va identifier et ouvrir les *voies de dégagement*, effectuer des expériences nouvelles et novatrices, tout en s'occupant des blessures enkystées ou suppurantes. On va également tenter de relativiser les drames, de *tempérer la dramatisation*. En faisant la navette entre l'étude des événements ponctuels et notre connaissance de la vie du patient dans sa globalité, on pose la question de l'apparition des problèmes, de leurs développements évolutifs buissonnants et de leur intégration dans la trajectoire d'ensemble. L'interrogation sur l'événement ponctuel (par exemple un viol), sur le contexte de son advenue (par exemple une mère insuffisamment protectrice, voire dangereuse car complice) s'accompagne d'une réflexion sur le sens qui fut donné après-coup à cet événement et à ce contexte, sur la constitution d'une croyance associée (par exemple « on ne peut faire confiance à personne ») et sur l'inscription de cet ensemble dans l'existence globale de la personne (impact sur sa vie amoureuse, sur son parcours professionnel, sur sa vie fantasmatique, sur les modalités singulières de son transfert thérapeutique, etc.).

La personne est invitée à dépasser la causalité linéaire, celle qui veut qu'une cause *x* entraîne systématiquement un effet *y*, et à saisir les incertitudes de la causalité : les mêmes causes ne produisent pas toujours les mêmes effets, et des causes différentes peuvent susciter les mêmes effets. De plus, le passé n'existe pas seulement comme un donné objectif mais comme une donnée subjective. Il est constamment repris, repensé, retravaillé aux niveaux conscient et inconscient. Cette élaboration dans l'après-coup constitue un axe vertébral de l'investigation psychothérapique. C'est pourquoi le praticien incite le patient à verbaliser son histoire et à exprimer les ressentis associés mais il va aussi l'inviter à se décoller des explications anciennes attribuées aux différents registres de son vécu. Il l'aide ainsi à se désillusionner, c'est-à-dire à démystifier son histoire, son récit et son drame.

La personne va comprendre qu'elle a réagi non seulement à l'événement (il importe de reconnaître l'existence et l'importance des traumatismes) mais aussi au sens affectif et subjectif qu'elle lui a attribué. Et ce sens ne dépend que d'elle. Et c'est parce qu'elle est créatrice de ce sens, par exemple de la douleur associée au sentiment d'avoir été abandonnée par sa mère, qu'elle va pouvoir agir sur cette donation de sens et modifier l'impact dans son existence actuelle et future de cet événement et du contexte affectif dans lequel il est apparu. Ainsi se forme une connaissance de soi plus apte à affronter la complexité de son fonctionnement propre dans les diverses facettes de l'existence. Cet apprentissage s'effectue selon deux voies : la voie intérieure et la voie extérieure :

- *la voie introspective* prend la forme d'une plongée dans le monde interne. Elle implique l'examen de soi, l'analyse de son propre système et, à partir de cette conscientisation, la correction de ce qui peut être amélioré. La personne connaît progressivement son fonctionnement et notamment ses erreurs habituelles d'interprétation de la réalité. On peut en effet déformer ce que l'on perçoit sans percevoir que l'on déforme. Et même si l'on est sincère et convaincu, on peut avoir une conception de soi, des autres et du monde, fort éloignée de ce qui est objectivement présent. Étudier la façon dont le patient occulte les faits qui dérangent ses croyances l'aide à saisir comment sa vision des choses et des êtres dépend moins des événements apparents que de son mode de penser. C'est ainsi qu'est soutenu le passage de l'imaginaire au symbolique. C'est ainsi que se développe sa capacité de métabolisation mentale des expériences vécues et des fantasmes pulsionnels ;
- *la voie externe* suit ce processus d'élucidation en l'appliquant aux enjeux relationnels et concrets de son existence. L'existence quotidienne dans ses différents pans est en effet le lieu et le temps pour apprendre à vivre autrement, en complémentarité du travail réflexif d'introspection effectué avec le psychothérapeute. Même si la personne peut être à la fois conservatrice et génératrice, fidèle et innovante, elle va se situer le plus souvent dans la conservation, dans les deux sens du mot, soit la préservation vitale soit la sauvegarde stérile. En fait, chaque personne retient, mémorise, refoule ou archive en même temps qu'elle réexamine, actualise et régénère. Ajoutons qu'elle transmet, par exemple à ses enfants, en filtrant et en modifiant ses expériences : tout en étant dépositaire de l'histoire, celle de sa famille à travers les générations, celle de sa classe sociale d'origine et plus largement celle de l'humanité, elle produit des idées et des valeurs qui vont permettre la *transmission de cet héritage tout en le modifiant*. De ce point de vue, le psychothérapeute l'aide à faire communiquer — et pas seulement coexister — ces dimensions conservatrice et innovante de son mode de vie. Car c'est la non-communication entre les deux registres qui entraînent de graves conséquences, pour l'un comme pour l'autre. En effectuant ce travail de mise en dialogue, la personne aura moins de difficultés d'une part à apprécier son environnement humain, affectif et social, et d'autre part à adapter à elle ce même environnement humain. Les deux adaptations renvoient l'une à l'autre en une boucle d'accordage mutuel et de développement qui peut s'avérer source d'amélioration et d'harmonisation.

RÉANIMER L'AVENIR

Le patient est dans un premier temps convié à comprendre que son passé a été transformé par lui en mythe, et que le travail du sens s'est de ce fait arrêté ou qu'il s'en est trouvé exagérément restreint. Il est donc invité

à remettre son parcours en mouvement et en sens, et ainsi à s'approprier son avenir car « on ne subit pas l'avenir, on le fait » (Bernanos).

Sans représentation de l'avenir, le présent se ramènerait à l'immédiateté. Pour cela on va *rétablir l'espérance*. Celle-ci n'est pas la croyance, plus ou moins teintée de magie, dans un cours heureux que devraient prendre les choses sans que l'on ait rien fait pour cela :

« L'espérance est la forme la plus élevée de l'anticipation. L'espérance est une vertu. Elle implique la confiance, certes, mais elle exige surtout un effort déterminé, un engagement sans réserve pour qu'advienne en fait ce qui est espéré. » (Sutter et Berta, 1991, p. 59)

À la rationalité critique et autocritique se relie l'espérance qui est une foi intégrant l'incertitude. Elle n'est donc ni béate ni stupide ni angélique. C'est plutôt une intelligence en acte, une volonté lucide. Comme pour la création d'un jardin¹, il y a dialogue du rêve et de la réalité. Le rêve consiste à favoriser quelque chose qui pourrait arriver, à collaborer avec l'invention. La réalité, c'est le lieu, le climat, les contraintes du sol, ou encore les limites d'une série florale. Pour que le rêve et la réalité se rencontrent en ce lieu, il y faut un jardinier qui ait suffisamment de tact pour assurer entre les deux un contact et aménager son devenir. Dans la mesure où l'on accepte ce qui existe — c'est la part de réel — et qu'on y projette un rêve — c'est la part d'utopie — on peut espérer créer un avenir inventif : « surprendre l'inattendu dans toute sa dimension, le guetter, le laisser faire et, en dernier recours, lorsqu'il convient de porter le message un peu plus loin devant, lui donner un contour » (Clément, 1996, p. 47). En psychothérapie, on tente de dépasser le faux antagonisme entre utopie et réalisme, entre la pensée anticipatrice et le réel.

Le destin de l'individu, mais on pourrait en dire autant de la destinée humaine en général, est à la fois déterminé et aléatoire. À ces deux niveaux, l'histoire n'obéit pas seulement à des processus déterministes : elle n'est pas soumise à une logique affectivo-socialo-familiale indépassable pour l'individu, ou à une logique technico-économique inéluctable pour la collectivité. Et elle n'est pas non plus nécessairement guidée vers le progrès. À tous les niveaux l'histoire est le résultat d'une rencontre incertaine entre l'ordre logique et les forces de désordre. Elle subit certes des déterminations plus ou moins inconscientes (transgénérationnelles, familiales, sociales...), mais elle peut être influencée et modifiée d'un côté par des événements extérieurs non prévisibles, de l'autre par l'individu lui-même qui, par sa réflexion et sa volonté d'exister librement, peut dévier le cours apparemment logique de son scénario de vie.

1. Voir les travaux du paysagiste Clément, par exemple *Le Jardin en mouvement*, 1991.

« Il n'y a pas de lois de l'histoire. Il y a au contraire échec de tous les efforts pour congeler l'histoire humaine, lui faire subir le joug d'un déterminisme. » (Morin, 1999, p. 66)

Autrement dit, notre avenir n'est pas téléguédé. Nous sommes voués à l'incertitude du futur. C'est vrai pour l'individu comme pour ses groupes d'appartenance, et en premier lieu l'humanité elle-même. Nous pouvons aider le patient à affronter l'incertitude et l'inattendu et à ne plus se résigner, en un scepticisme généralisé. Penser puis élaborer des stratégies sont les contre-attaques souhaitables vis-à-vis de ce scepticisme désengagé, plus ou moins dépressif et déprimant, qui grève les vies de tant d'individus. Contrairement au programme qui, comme nous l'avons dit, est la détermination *a priori* d'une séquence d'actions dans un environnement stable, la stratégie se déploie dans un environnement incertain et nécessite la révision régulière de son objectif et des choix méthodologiques effectués.

Le destin est un processus à la fois historique, imaginaire et mythologique. On aide le patient à vivre son destin au présent, dans l'ici et maintenant de son actualité tout en lui suggérant de regarder devant lui, puisque demain va perpétuer les choix erronés ou judicieux effectués hier et aujourd'hui. Tout individu peut ainsi irriguer sa vie par une circulation incessante entre son passé, auquel il se rattache et où il ressource son identité, son présent où s'affirment ses besoins et ses désirs, et un futur où il peut projeter ses aspirations et la justification de ses efforts actuels. Le travail thérapeutique rend davantage accessible cette aptitude à la transfiguration qui, sans annuler la souffrance, débouche sur quelque chose d'autre. Comme le chant transfigure la parole prosaïque, comme la danse transfigure et poétise les mouvements du corps, le travail thérapeutique peut transfigurer le rapport aux drames du passé et aux lourdeurs du quotidien.

Structurer et libérer le patient, c'est l'aider à mieux s'adapter à son existence, à réapprendre à vivre ou, pour l'exprimer plus justement, à mieux adapter son existence à lui.

GILLES avait organisé sa vie de manière à ce que celle-ci soit placée sous le signe du travail et de la rentabilité. Expert en son domaine, il valorisait énormément l'effort et la production, au détriment d'autres aspects comme l'expression artistique. Il avait pourtant beaucoup de plaisir à jouer de la clarinette ou à peindre mais il consacrait une part infime de ses semaines à ses activités, considérées comme secondes et superficielles. Lorsqu'il dut affronter un ulcère puis être hospitalisé pour un cancer, il prit conscience (bien que cela ait été dit plusieurs fois lors de séances psychothérapeutiques préalables) que son existence était déséquilibrée et qu'il se mettait lui-même en danger. Il lui fallut encore une année avant qu'il accepte de modifier de manière significative son quotidien en consacrant moins d'énergie au travail et plus de temps à ces activités « secondes » mais tellement bienfaitrices.

L'analyse transactionnelle a judicieusement insisté sur l'étude souhaitable des trajectoires de vie quand elles paraissent structurées comme des scénarios :

« Un scénario est un ensemble complexe de transactions, récurrentes par nature mais pas toujours répétitives puisqu'une représentation complète peut demander une vie entière... L'objet de l'analyse est de clore la représentation et d'en mettre une meilleure sur le chantier. » (Berne, 1961)

Émile Berne pensait que les scénarios résultaient de la compulsion de répétition, cette tendance à répéter les événements malheureux de l'enfance. C'est pourquoi l'investigation psychothérapique en vise le repérage puis le dégagement, comme l'a montré Claude Steiner à propos notamment des scénarios de la dépression, de la folie et de la toxicomanie (1974).

L'exemple de Gilles montre qu'on peut abuser de soi-même en faisant un mauvais usage de ses capacités, soit par surstimulation (pour Gilles dans le rapport au travail) soit par sous-stimulation (par rapport à la pratique créative, ludique et plaisante de la musique et de la peinture). Ce mésusage peut concerner le corps, le cerveau, mais aussi le couple, les relations, la nature, etc. Autrement dit, il s'agit d'un mauvais usage de sa vie et du monde. C'est une violence en creux qui souvent s'applique : la personne s'abandonne, pas au sens d'un abandon aux joies de l'existence, mais dans le sens d'un oubli, d'un délaissement. Elle se laisse tomber. Ne pouvant effacer la souffrance, elle s'efface elle-même.

Les enjeux et modalités de l'affrontement des souffrances ainsi que ceux de l'accompagnement sont clairement à mettre en correspondance avec le rapport qu'entretient la personne avec son avenir. Beaucoup ont un désir profond de renouveau, un besoin de re-naissance. Cette renaissance est un processus de naissance à soi-même dans le cadre de l'élucidation des causes de la souffrance et si possible d'émancipation vis-à-vis de celle-ci. Beaucoup ont l'intuition que les choses pourraient être autrement. C'est à la fois un constat, un soupir et l'émergence d'un désir. Il ne s'agit pas tant de s'évader dans le rêve, même si celui-ci peut posséder une grande force motrice, que de constituer d'autres possibles, une autre logique pour le futur que la seule perpétuation du passé, que le seul prolongement d'hier. La personne en mouvement a cette capacité ouverte de devenir. C'est pourquoi la psychothérapie consiste essentiellement en une mise en mouvement intrapsychique et interactive.

Conclusion

SE DÉCOUVRIR TOUT EN SE CONSTITUANT

POUR CERTAINS patients, il ne s'agit pas moins que d'apprendre à vivre, d'apprendre à être dans la « boucle du vivre pour vivre » (Morin) : vivre pour aimer et aimer pour vivre, vivre pour connaître et connaître pour vivre, vivre pour travailler et travailler pour vivre, etc. Se mouvoir dans cette boucle de vie, dans ces cycles de la vie, nécessite non seulement l'acquisition de connaissances sur soi et sur la complexité humaine mais la transformation des connaissances acquises en mode de vie. Le processus est de transformer les informations en connaissance, puis la connaissance en règles de vie, celles-ci pouvant à la fois s'appliquer en modalités concrètes et quotidiennes de fonctionnement et s'édifier en une éthique de l'existence.

La psychothérapie est ainsi une *école de vie* : école du langage où se dévoilent les possibilités signifiantes et guérissantes de la parole partagée, où le royaume du dicible s'étend à la complexité infinie de nos intersubjectivités ; école de la qualité poétique du ressenti corporel et de la vibration émotionnelle ; école de la découverte de soi où se créent des expériences de vérité qui nous éclairent et consolident notre identité, où se fait jour la multiplicité intérieure de chaque personne ; école de la compréhension où les événements obscurs de la vie quotidienne et des interactions humaines ainsi que l'angoisse liée aux situations d'incommunicabilité et d'enfermement apparaissent plus intelligibles et représentables qu'on ne le croyait ; école de la tolérance où l'on ne réduit pas un être à l'une de ses facettes ou aux mauvais fragments de son passé.

Cette école de vie intègre ainsi une part de transmission plus ou moins restauratrice selon le degré de construction psychique du patient, selon la solidité et la finesse de son aptitude à symboliser. Plus celle-ci sera faible, plus le praticien devra assumer cette part de cadrage visant la reprise structurante d'une pensée suffisamment en mesure de métaboliser et contenir l'épaisseur affective des expériences de vie.

Il est toujours question en psychothérapie de la condition humaine, de la multidimensionnalité des hommes, de leurs contradictions fondamentales et de la manière dont ils préparent leur avenir, en l'affranchissant d'entraves auto-entretenues ou au contraire en le grevant des pesanteurs héritées ou créées. Cette école de vie, qui consiste à aider un individu à se comprendre dans sa complexité constitutive, à saisir sa trajectoire existentielle dans ses différents registres, à se l'approprier et à en envisager une suite valable pour lui, est essentiellement une *initiation à la lucidité*. Nos perceptions sont des traductions reconstructrices, des interprétations qui rendent compte plus ou moins faussement de la réalité. Le risque d'erreur est omniprésent tant vis-à-vis des événements de notre actualité que de l'évaluation de notre histoire et de nos histoires, notamment relationnelles. Certaines remémorations assurées s'autoconfirment en fait dans la répétition de souvenirs déformés. Les perceptions erronées sont liées à une attention partielle et partiale, ou à une interprétation hâtive et déformante, ou à l'insuffisance d'une vue d'ensemble, ou encore et le plus souvent à un manque de réflexion. Les processus de rationalisation et d'occultation, destinés à tranquilliser l'esprit, opacifient souvent celui-ci, le rendant moins pertinent, moins ouvert, moins apte à affronter son propre fonctionnement et celui du monde qui l'abrite. La rationalité quant à elle s'efforce de dépasser les rationalisations, au fond irrationnelles, et d'unir la cohérence avec l'expérience. Elle agit doublement et contradictoirement selon les circonstances : tantôt elle dissout la complexité des apparences pour révéler la simplicité cachée, et tantôt, à l'inverse, elle révèle la complexité cachée sous les apparences simples. Cette rationalité lucide est nécessairement autocritique. L'auto-observation critique fait partie de l'apprentissage de la lucidité. L'aptitude réflexive qui rend capable de se dédoubler et de se considérer soi-même est au cœur de l'attitude thérapeutique. Chacun se leurre soi-même, et secondairement tente de tromper autrui, par exemple son thérapeute, pour alimenter son égocentrisme déformant, ce que Sartre nommait la mauvaise foi, subjectivité autojustificatrice qui finalement s'aliène elle-même en s'illusionnant.

La vocation psychothérapique est donc double :

- d'une part le développement de la conscience lucide et autocritique ;
- d'autre part l'apprentissage du « travail d'exister » (Pagès) et notamment de l'écologie relationnelle.

En éveillant la conscience, en décantant les idées, en atteignant la lucidité au niveau des mécanismes de protection et de défense, en rendant

intelligibles les enjeux et les modalités de la vie relationnelle, on provoque les facultés créatives et curatives de chacun. On l'aide à s'affirmer comme « sujet » c'est-à-dire à penser et agir à la première personne, et à devenir auteur de son parcours de vie. En ce sens, cette école de vie devient une *auto-école* ! La personne s'approprie la capacité du praticien à conduire le travail d'introspection et d'élaboration puis poursuit par elle-même et pour elle-même ce travail sans avoir besoin de recourir à une expertise extérieure, en tout cas pas de manière continue.

S'étant octroyé le permis de se conduire, elle peut en effet piloter elle-même son existence, sachant que les dangers existeront toujours sur sa route, et que c'est à elle d'être vigilante et de se donner les moyens de poursuivre son voyage de manière la plus agréable et la plus intéressante qui soit. Pendant la thérapie, c'est en fait un double pilotage qui s'effectue : le praticien suit la personne mais dans ce domaine, suivre c'est souvent précéder ! Il accompagne et guide le patient pour que celui-ci devienne de plus en plus auto-organisateur et accède ainsi à la *maturité*. Celle-ci n'est pas l'indépendance absolue mais au contraire la capacité à exister dans un rapport d'interdépendance acceptée et même appréciée vis-à-vis de son environnement humain et naturel. Si « être homme, c'est se régir soi-même » (Michelet), c'est le faire dans un circuit d'interactions permanentes et d'influence mutuelle avec son entourage. Le sujet mature vit au centre de son monde tout en sachant qu'il n'est pas le centre du monde. Son autoréférence est en dialogue constant avec le monde qui l'abrite et sur lequel il agit. Son identité reste stable en dépit des transformations mais aussi grâce aux transformations qui affectent ses deux univers, interne et environnemental.

Pour le patient, il s'agit de devenir le « voyageur-architecte » de sa vie (Misrahi, 1987). Pour le praticien, il s'agit d'accomplir cette tâche initiatique qui consiste à s'engager dans l'accompagnement d'un passage (De Hennezel, 1995). Il aide le patient à quitter les masques en provoquant des moments de vérité, en créant des situations relationnelles où s'authentifie l'existence. La mission du thérapeute est ainsi une transmission. Ce qui nécessite de la technique, de la théorie, de l'art, et plus encore le désir d'aider et le plaisir d'accompagner. Non une jouissance liée au pouvoir mais le plaisir lié à la transmission. Non des enjeux d'argent et de carrière mais le goût de la recherche. De l'art donc, de l'amour probablement et sans doute aussi de la foi. Celle-ci est entendue non dans l'acception religieuse d'une adhésion qui emporte la certitude mais dans le sens d'une espérance, du sentiment durable que les situations peuvent s'améliorer. Une confiance plus qu'une croyance. « On ne peut tout seul garder la foi en soi-même », écrivait Mauriac : quand le patient arrive en thérapie, il n'a souvent guère confiance en lui, ni en la relation.

Parmi les enjeux qui vont régir les rapports entre lui et le praticien l'élaboration progressive d'un lien de fiabilité n'est pas le moindre. C'est de sécurité et d'assurance qu'il s'agit, et notamment l'assurance que ni le praticien ni le cadre proposé ne seront trompeurs. Ce qui va fortement

augmenter la fiabilité du patient lui-même et de son cadre interne. Le véritable amour-propre, le sentiment que l'on a d'être digne de l'attention et de l'affection d'autrui, et d'être capable de se développer, découle de l'expérience de cette fiabilité. La stabilisation de celle-ci est un indice pour considérer la thérapie terminée, le patient étant dorénavant capable de faire pour lui ce que jusqu'ici il avait besoin que le thérapeute fasse avec lui ou pour lui, par exemple penser. « Le psychothérapeute est efficace dans la mesure où il a aidé quelqu'un à le devenir lui-même » (Basch, 1995, p. 42). Cette efficacité est pour chacun la compétence dans l'élucidation de son monde interne ; mais aussi la possibilité de partager une intimité avec des personnes choisies ; mais encore la capacité à vivre de manière globalement appropriée aux exigences du monde social.

PARTIE 2

DISPOSITIFS

DANS CETTE deuxième partie consacrée aux dispositifs, nous avons décidé d'étudier trois des constituants essentiels et inévitables de toute situation psychothérapique : le cadre, la relation et le temps.

- *Le cadre.* La rigueur et la souplesse de l'organisation concrète du processus ainsi que les dispositions psychiques du praticien vont être les garants de la sécurité du patient et les conditions de son évolution. Ses différents vécus, notamment émotionnels et imaginaires, vont dans cette situation être stimulés et investigués. Ils ne pourront véritablement s'exprimer et s'épanouir qu'à l'intérieur d'un cadre solide et adaptable.
- *La relation.* Puisque c'est dans les interactions que naissent et se développent les problématiques individuelles, c'est dans les enjeux et les modalités de la relation que l'on trouvera les plus grandes potentialités thérapeutiques. La relation ne sera affectivement soignante que si elle s'étaie sur l'accueil, l'ouverture, l'implication et le jeu.
- *Le temps.* Le processus thérapeutique sera l'ensemble des phénomènes apparaissant dans une double inscription temporelle, celle, objective, du temps social et celle, subjective, du vécu personnel. Les modalités temporelles du cadre, à savoir la durée du traitement, la fréquence des séances et leur durée vont varier selon les écoles. Elles sont à préciser et à interroger.

Chapitre 5

LE CADRE

LE CADRE thérapeutique délimite un espace-temps distinct de celui de la vie quotidienne. Tout ce que l'on y vit est signifiant, chargé de sens, et utilisable pour comprendre le monde spécifique de chaque patient. Car cet espace-temps est investi de manière singulière et subjective par chacun. Les enjeux les plus profonds et les plus puissants s'y actualisent et s'y déploient, ou ne s'y déploient pas selon l'implication du patient mais aussi selon la qualité de l'encadrement et du lien. Quoi qu'il en soit, la banalité en est exclue, tout y a potentiellement de la valeur.

Transition entre l'intérieur et l'extérieur, entre l'imaginaire et la réalité, entre la subjectivité et l'objectivité, entre la spontanéité et la ritualisation, le cadre délimite un espace caractérisé par la notion d'« aire de jeu ». Dans cette aire, qui prend pour modèle le jeu de l'enfant, ce qui se passe relève de la réalité psychique interne tout en étant plus ou moins relié au monde extérieur. Ainsi se construit pour le patient un espace potentiel entre son intériorité et le monde ; ainsi apparaît une source d'activité créatrice :

« Jouer devient une thérapie en soi. » (Winnicott, 1971, p. 71)

Le cadre constitue une scène et un contexte qui vont induire un certain mode de communication et des processus spécifiques comme la régression à des stades antérieurs de fonctionnement ou comme l'actualisation d'émotions transférentiels. Ce cadre et les règles de « jeu » qui le constituent existent non pas pour réprimer cette actualisation mais au contraire pour la favoriser, la contenir et la canaliser. On met des limites protectrices et seulement celles-là. C'est ce qui permet d'une part une grande liberté de

parole et d'autre part, comme nous le verrons, le travail de la différence entre l'expression des désirs et leur satisfaction.

Le cadre va-t-il révéler la répétition et libérer la créativité ou bien va-t-il piéger la créativité et sombrer dans la répétition ? Comment travailler la répétition ? En la désignant et en l'interprétant mais aussi en la jouant, en aidant le patient à la figurer, parfois la caricaturer pour bien l'appréhender dans un double mouvement d'implication et de distanciation. C'est ce que vont permettre le cadre externe du processus et le cadre interne du praticien.

LE CADRE EXTERNE DU PROCESSUS

Le cadre du processus psychothérapique doit être en cohérence avec la définition de celui-ci et l'identification de ses finalités. Rappelons que pour nous la psychothérapie est l'accompagnement psycho-relationnel de personnes en difficultés, à des fins d'élucidation des causes de ces difficultés et d'émancipation vis-à-vis de celles-ci. Quant aux finalités, la psychothérapie consiste à restaurer les capacités à communiquer et à aimer, à développer la conscience, à construire la pensée et améliorer la conduite, enfin à intégrer le passé pour mieux construire l'avenir (voir la première partie).

Pendant la thérapie, la valorisation des produits psychiques du patient et l'attention portée à son être, en dehors de toute notion de performance, vont enrichir ses possibilités expressives, consolider ses capacités de mentalisation et affiner son rapport à lui-même. Mais pour cela il lui faudra se sentir en sécurité et s'ouvrir aux différents pans de son vécu : imaginaire, sensoriel, cognitif, émotionnel... Il importe que le patient se sente libre d'exprimer authentiquement son vécu réel sans peur d'être jugé, sans crainte de représailles ou d'abandon. C'est alors que va apparaître un équilibre dynamique entre l'espace d'expression de son monde singulier et l'utilisation constructive de ce qui apparaît dans cet espace, y compris dans les registres archaïques de l'émotion, de la pulsion et du fantasme. Le ciment affectif qui lie thérapeutes et patients est ici essentiel car au service du maintien de cet équilibre.

Par exemple, le non-passage à l'acte sexuel ou agressif entre les praticiens et ceux qui les consultent n'est pas seulement une règle déontologique c'est-à-dire un principe édicté collectivement pour garantir le respect des patients. Il s'agit moins de restreindre la liberté de chacun que de définir au contraire un champ de liberté. C'est parce que le passage à l'acte pulsionnel n'est pas toléré que l'expression des désirs fantasmatiques peut s'effectuer sans retenue autre que l'inhibition psychique propre au patient, inhibition que l'on peut alors identifier, révéler et si possible dépasser.

PAUL s'arrêtait parfois de s'exprimer en séance, laissant peser un silence lourd de retenue et de tension. Interrogé sur ces arrêts soudains de sa parole, il dit un jour : « Je me tais puisqu'ici les désirs sexuels sont interdits ! » C'est un malentendu fréquent. Ce qui est interdit, c'est la réalisation du désir, sa mise en œuvre dans un projet de satisfaction directe avec le thérapeute. Mais l'énoncé du désir, quel qu'il soit, est quant à lui hautement soutenu puisque le projet majeur est la libération de la parole afin que le patient, grâce à cette liberté retrouvée, s'autodécouvre. Pouvoir dire tout ce qui vient à la conscience, sans choisir ni censurer, est une méthode très efficace si l'on vise l'autoconnaissance. Comme le lecteur pourra le vérifier s'il s'y essaie quelques minutes, c'est une méthode qui permet de vérifier très vite combien nous vivons sous le joug d'une censure sévère et omniprésente. Fréquenter un professionnel qui, lui, accepte sans sourciller ni vaciller tout ce qu'on se laisse aller à penser et ressentir est une expérience intéressante et souvent innovante. D'une part elle permet d'être soulagé quelques instants de ce tribunal intérieur qui fait écran entre soi et le monde et d'autre part elle nous donne un aperçu de ce que pourrait être notre vie si nous pouvions diminuer notre jugement sur nous-même.

Revenons à l'aménagement concret de la situation thérapeutique qui est à considérer du point de vue du réel mais aussi de la portée symbolique des différents constituants de cette réalité.

LES ÉLÉMENTS DU CADRE

- **Le lieu.** Le cabinet du praticien est-il dans une maison, un appartement, un immeuble de bureaux... ? S'agit-il de l'*habitation privée* du praticien ou seulement de son lieu de travail ?
- **Le praticien.** Travaille-t-il seul ou en association avec des collègues ? Ceux-ci sont-ils également psychothérapeutes ou détiennent-ils d'autres spécialisations (psychiatre, ostéopathe, kinésithérapeute...) ? Quel sera l'impact sur le patient des rencontres dans la salle d'attente avec les patients des autres collègues ?
- **Le style de la salle d'attente.** Quand elle existe, la pièce est-elle sobre, sans fioriture et dégagée de tout encombrement ou envahie par des meubles, des magazines féminins, les dernières publications du praticien, etc. ?
- **La salle de travail elle-même et le mobilier.** Y a-t-il un divan, des fauteuils confortables, des chaises spartiates, un matelas pour s'allonger, des coussins mis à disposition pour s'y étendre, s'y adosser, les serrer contre soi... ?
- **Les objets.** Existe-t-il dans ce lieu des *objets* appartenant visiblement au praticien (photos de familles ou de vacances, accessoires divers) ou au contraire la pièce est-elle débarrassée de tout signe d'appropriation privée ? et si oui, pourquoi ?

Plus ou moins consciemment, le patient va effectuer une enquête à partir des différents éléments qui seront ainsi mis à sa disposition et effectuer des déductions quant à leur signification par rapport à la

personnalité de son thérapeute. Par exemple l'un d'entre nous travaille en banlieue parisienne, dans l'annexe d'une maison tenue par une femme âgée qui apparaît régulièrement dans l'environnement immédiat : jardin, boîte aux lettres...

PAUL avait remarqué l'existence de cette femme dans la propriété. Pensant que le praticien vivait là également, il en avait déduit que celui-ci vivait avec sa mère, ce qui l'embarrassait : comment son thérapeute, qui lui vantait parfois les mérites d'une vie autonome et adulte, pouvait-il vivre encore seul avec sa maman ? Ce patient n'en avait parlé que plusieurs mois après avoir pensé cette contradiction qui pour lui était devenue une réalité. Il lui fut difficile d'accepter que celle-ci fût tout autre, que le praticien ne vivait pas seul, qu'il ne vivait pas ici, et que cette femme âgée n'était pas sa mère. Ce travail d'ancrage dans le réel fut particulièrement important pour lui car il put prendre conscience, sur la base de cet exemple, combien sa vie était placée sous le joug d'un imaginaire certes riche mais aussi déformant, envahissant et déréalisant. C'est sur sa construction imaginaire du monde qu'il bâtissait ses pensées et « choisissait » ses conduites plus que sur le monde réel lui-même. Cela était tellement difficile à reconnaître qu'il ne crut pas le praticien quand celui-ci lui déclara, pour mieux l'ancrer dans le réel, qu'il habitait ailleurs et que cette femme âgée aperçue n'était pas sa mère ! Un travail put s'effectuer sur cette projection imaginaire et ce qu'elle révélait du patient lui-même, de son désir ardent bien que refoulé de vivre seul avec sa mère aimée, loin de toute tension et de tout partage.

AUTRES ÉLÉMENTS DU CADRE

- **La place des protagonistes.** Ils peuvent être dans des fauteuils en face à face sans meuble les séparant ; ou le patient peut être allongé sur le divan et son thérapeute assis dans un fauteuil derrière lui (c'est la situation analytique habituelle mais il n'existe aucune raison de la réserver à la seule psychanalyse) ; dans le cadre d'approches plus corporelles, ou intégrant le mouvement, le patient et le thérapeute peuvent se trouver plus ou moins longuement debout pour effectuer des exercices de mobilisation émotionnelle et énergétique ou jouer une scène psychodramatique avant de reprendre une position assise ; comme nous le verrons plus loin, des combinaisons de différentes situations sont possibles afin de pallier les insuffisances liées à la pratique exclusive et rigide d'une seule.
- *Lucie a cette particularité de ne jamais s'asseoir aux endroits prévus. Jamais elle ne se place sur le divan, que ce soit en position allongée ou assise, jamais elle ne se positionne dans un des fauteuils mis à sa disposition. Après avoir hésité quelques instants debout, en oscillant d'une jambe sur l'autre, prenant le temps de sentir ce qui est juste pour elle, elle va généralement s'asseoir à même la moquette soit juste derrière la porte d'entrée (ou de sortie, selon l'interprétation qu'on veut en faire) soit contre le divan, soit entre le praticien et la fenêtre. Interrogée sur ces choix singuliers, elle dit que pour elle, il est particulièrement important d'une part de ne pas faire comme les autres et d'autre part de ne pas*

toujours faire pareil. Dans son univers familial d'origine, l'organisation de la maison et notamment des repas était très stricte, à la limite de la pathologie, les enfants étant menacés de représailles corporelles s'ils ne suivaient pas à la lettre les consignes rigides et parfois stupides ou absurdes qui étaient posées. Lucie avait ainsi besoin de créer un espace de liberté dans la pièce de consultation et d'investir celle-ci à sa guise. Cela valait symboliquement comme dégagement vis-à-vis de ce carcan familial qui avait laissé de nombreuses traces en elle.

- **Les modalités temporelles du cadre.** Nous interrogerons spécifiquement les trois modalités temporelles du cadre, à savoir la durée des séances, leur fréquence et la longueur du processus, dans le chapitre suivant sur le temps.
- **Le coût des séances.** Celui-ci est librement fixé par le praticien en tenant compte des habitudes de la profession (entre 50 et 80 euros la séance en moyenne) mais aussi, pour certains, des possibilités financières du patient. Aucun remboursement n'existe, sauf si le psychothérapeute est par ailleurs médecin et accepte de faire des feuilles de remboursement, ce qui est rare. Le paiement s'effectue en chèques ou en espèces, le choix n'en étant pas neutre en fonction des importantes résonances symboliques que le règlement d'honoraires ne manque pas d'actualiser.
- **La gestion du téléphone par le praticien.** Celui-ci répond-il au téléphone pendant la séance ? Si oui, le fait-il uniquement pour prendre ou déplacer des rendez-vous, ou dialogue-t-il également avec ses interlocuteurs ? S'agit-il seulement de son téléphone de bureau ou aussi de son mobile, à usage plus privé ? Pour notre part, nous pensons que le répondeur téléphonique doit être branché pendant les séances afin que les patients ne soient pas dérangés dans cet espace-temps si précieux qu'est leur rendez-vous avec celui ou celle qui partage l'essentiel de leur monde privé. Entendre le téléphone sonner dans ce lieu et pendant ce temps, c'est déjà vivre une irruption qui peut être péniblement ressentie. Si de plus, le psychothérapeute répond à l'appel, cette attitude peut être vécue comme un délaissement soudain, voire comme un abandon venant fragiliser une enveloppe contenant déjà très précaire chez la plupart des thérapeutes, notamment chez ceux qui ont eu dans leur histoire à souffrir d'intrusions corporelles et/ou psychiques effectives. Répondre au téléphone, c'est donc potentiellement et inutilement toucher à cette précarité, fragiliser le patient et risquer de défaire le travail de tissage de la membrane psychique qui est le corollaire invisible de tout le processus en cours.
- **Le vouvoiement ou le tutoiement ?** Ordinairement, c'est le vouvoiement qui est utilisé. Le *vous* sert d'indicateur d'un respect distancié et de rappel du caractère professionnel du lien. Toutefois, et notamment dans les démarches psychocorporelles intégrant une dimension groupale, le tutoiement entre les patients et le thérapeute peut faire partie du mode communicationnel. Ceci est dû au fait que les contacts corporels, les jeux de rôle et les échanges émotionnels sont rendus plus aisés et apparaissent également plus cohérents quand les protagonistes se tutoient. Rappelons toutefois le cadre relationnel de ce tutoiement : il ne s'agit pas



de l'expression d'un maladroit copinage ou d'un dérapage trivial. Dans ce cas, il s'agirait d'une erreur de la part d'un praticien qui peinerait à assumer son cadre professionnel. Le tutoiement est plutôt à situer dans un cadre éthique que le philosophe Martin Buber a partiellement décrit. Dans son ouvrage *Je et Tu* (1923), il indique comment le tutoiement situe l'échange au niveau d'une rencontre authentique et égalitaire, sans masque ni parade. Bien entendu, les psychothérapeutes savent par expérience que le tutoiement n'empêche pas la communication d'être défensive mais le projet reste néanmoins de viser la simplicité et l'honnêteté des échanges. Certains praticiens utilisent d'ailleurs le tutoiement dans les sessions groupales et le vouvoiement lors des séances individuelles afin de marquer différenciellement les situations et de chercher le mode communicationnel le plus adapté à chacun des cadres et à chacune des personnes.

Ce qui compte beaucoup dans tous les éléments qui viennent d'être énumérés, c'est aussi leur *stabilité*. Puisque l'espace thérapeutique est un terrain de jeu, son cadre général doit être stable afin que les séances soient vécues dans la sécurité et permettent le lâcher prise. Cette stabilité globale du cadre n'empêche pas que sa géométrie soit variable et les règles d'échange adaptables : les manières de se rencontrer, d'être ensemble, de se parler, de se toucher ou non, d'analyser ou non les paroles et les rêves, de donner ou non de l'importance à la respiration et à l'émotion, la façon d'accueillir le regard et le silence, de rire ensemble, cette sollicitude active dans la confrontation des peurs, ce tact dans le partage d'un secret, tout cela n'est pas fixe et définitivement établi mais au contraire ouvert et évolutif parce que situé dans un contexte affectivo-relationnel stable et sûr. Comme dans les activités sportives, le cadre et les règles favorisent le mouvement tout en évitant les débordements.

LE CADRE INTERNE DU PRATICIEN

Les caractéristiques du cadre externe qui viennent d'être décrites (locaux, matériel, décor, silence ou bruit, ponctualité ou non, le fait de répondre ou non au téléphone, etc.) sont très dépendantes du cadre interne du psychothérapeute, c'est-à-dire de sa propre organisation psychique, de son mode de vie et de son système de croyances.

Un de nos collègues, analyste lacanien, énonce qu'il faut toujours faire attendre les patients (au moins une demi-heure) car ses maîtres lui ont enseigné que cette attente était nécessaire, que cela favorisait l'actualisation des attentes infantiles du patient et notamment sa frustration de n'être pas reçu immédiatement, sa rage de devoir partager l'attention et l'affection de son analyste et sa tristesse de ne pas être son seul objet d'amour. Il apparaît nécessaire et thérapeutique à ce praticien de mettre en place un délai relativement long entre l'arrivée du patient et son accueil, temps qu'il

associe à la mise en place d'un délai entre le désir et sa satisfaction, l'attente étant considérée ici comme l'opportunité d'instaurer et de stabiliser cette importante fonction mentale.

D'autres praticiens au contraire, parce que leur vécu personnel est différent que ce soit dans leur vie privée ou dans leur trajectoire psychothérapique, vont prétendre que faire attendre le patient longtemps est une attitude de non respect vis-à-vis de celui-ci et vont donc faire très attention à réduire au maximum, voire à supprimer cette attente.

À cet effet, un autre de nos collègues laisse toujours un délai d'une vingtaine de minutes entre deux rendez-vous afin d'être certain que la personne suivante n'aura pas à subir les conséquences d'une prolongation éventuelle de la séance précédente. Autant que les tentatives de justification théorique, ce sont bien les traits de personnalité spécifiques du praticien, liés à sa propre histoire, qui permettent de comprendre des choix aussi différents. Sur ce thème de l'attente, l'usage consiste généralement à donner au patient quelques minutes d'intervalle entre son arrivée et le début de la séance. Cela lui permet de disposer d'un temps transitionnel entre ses activités sociales et l'exploration de son intériorité, une sorte de sas de communication entre le monde externe et l'univers intérieur, dont l'investigation nécessite cette recentration sur soi.

Beaucoup de paramètres interagissent pour créer l'ambiance thérapeutique optimale. Parmi ces paramètres, certains concernent donc directement le praticien : sa personnalité, ses expériences de vie et la manière dont il les a intégrées, sa disponibilité, son niveau de réflexion, ses capacités d'empathie et d'intuition, son humour, son éthique de vie, ses croyances spirituelles, etc. Les caractéristiques du cadre externe qu'il propose sont très liées à son propre fonctionnement interne, même s'il cherche à ne rien révéler de celui-ci.

Remarquons que les règles fixées par le praticien le sont parfois à son avantage. Le paiement systématique en liquide par exemple. Ou le règlement de séances qui n'ont pas eu lieu parce que le praticien était absent (cette pratique est peu fréquente mais elle existe ; aussi convient-il de la questionner et même de la critiquer car dans ce cas, et au-delà des rationalisations toujours possibles, c'est bien le seul intérêt financier du psychothérapeute qui est concerné). Il est légitime pour le professionnel de défendre certains avantages à condition que ce ne soit pas au détriment du patient.

Si l'objectif général du cadre intégratif que nous soutenons est l'articulation complexe et différentielle des théories et des pratiques, dans le monde interne du praticien, il va s'agir d'un mélange indéfinissable, d'un cocktail singulier qui convoque les différents traits de l'identité même du professionnel concerné. La compatibilité entre le praticien et sa méthode de travail et l'accordage entre ce même praticien et chacun de ses patients naissent dans un cadre qui devra être à la fois rigoureux et souple afin de vitaliser et de diversifier les échanges sans trop perturber les protagonistes, afin aussi de permettre aux dogmes théoriques et aux habitudes professionnelles d'être régulièrement secoués et dépolisés.

LES QUALITÉS DU PRATICIEN

Parmi les qualités requises du praticien afin que son cadre interne corresponde aux nécessités du processus psychothérapique, citons :

- l'*autoconnaissance critique* c'est-à-dire non seulement la conscience de ses talents spécifiques mais aussi la vigilance quant à ses insuffisances, ses limites tant intellectuelles que communicationnelles ;
- la *souplesse adaptative* dans le rapport à des patients présentant des traits de personnalité et des problématiques fort différents ;
- l'*ouverture théorico-clinique* donnant à lui-même et à ses patients l'autorisation de ne pas correspondre systématiquement à des schémas préétablis ;
- l'habileté à *maintenir une proximité créative*, c'est-à-dire une qualité de présence et une capacité d'intervention génératrices d'expériences émotionnelles et psychiques correctrices.

Ces qualités du praticien peuvent être finalement ramenées à une caractéristique essentielle qui est la capacité de jouer créativement tant avec lui-même qu'avec autrui ainsi qu'avec les idées et les théories.

RIGUEUR ET SOUPLESSE

Encadrer ne consiste pas seulement à énoncer des règles. Il ne s'agit pas uniquement de mettre en place les conditions concrètes de réalisation du processus de changement mais d'adapter ces données au style et à la problématique personnelle du patient. C'est en créant l'ambiance relationnelle dont il a besoin qu'on peut optimiser ses chances d'amélioration.

Par exemple le cadre analytique classique (patient allongé sur le divan et analyste assis dans un fauteuil derrière lui) est très adapté à l'exploration du monde interne du patient (ses pensées, ses fantasmes, ses rêves...) mais fort peu à l'amélioration de ses capacités communicationnelles. A *contrario*, les exercices proposés dans des groupes de thérapies psychocorporelles vont grandement aider le patient à comprendre comment il résiste à la rencontre, comment il parasite lui-même son mode relationnel *puis à agir* sur cet autosabotage ; mais par contre, ces exercices l'aideront peu à effectuer cette plongée interne dans la vie fantasmatique qui caractérise l'investigation psychanalytique. Chaque méthode a ainsi ses points forts, sa zone de compétence mais aussi ses points faibles, sa zone d'incompétence.

C'est pourquoi il apparaît judicieux à de nombreux praticiens d'articuler entre elles des méthodes différentes afin de tirer profit de leurs apports respectifs tout en évitant d'être excessivement restreints par leurs limites qui restent cependant inévitables. Le recours à des méthodes diverses aide le praticien et le patient à identifier les différents registres de leurs vécus (paliers corporel, sensoriel, affectif, émotionnel, représentatif, fantasmatique...) et à les mettre en liaison pour pouvoir mieux les intégrer.

Dans cette visée, distinguons ce qui peut être aménagé à l'intérieur d'un cadre unique et ce qui relève de l'interpénétration de cadres différents.

Adaptations à l'intérieur d'un même cadre

NATHALIE était en thérapie individuelle depuis un an. Allongée sur le divan une fois par semaine, elle était toujours ponctuelle, avait toujours « des choses à raconter » et développait vis-à-vis du praticien un transfert plutôt amoureux incluant de temps en temps des « pics » agressifs destinés à le faire réagir plus qu'à véritablement lui faire mal. Assez prolixe, elle évoquait sans grande difficulté les différents constituants de son mode de vie et de son histoire familiale. Mais l'impression dominante tant pour elle que pour son thérapeute était que tout cela ne changeait pas grand-chose au fait qu'elle se sentait seule dans la vie, en souffrait et ne savait comment modifier son attitude pour avoir une vie relationnelle plus satisfaisante. Le thérapeute lui proposa alors de modifier l'organisation interne des séances. Au lieu de systématiquement s'allonger et de se mettre à effectuer le récit de sa journée ou de ses rêves, elle pouvait sentir ce qui était présent en elle en début de séance et soit s'asseoir face au thérapeute, soit rester debout, soit passer de l'une à l'autre position selon son état et les sujets émergents. Nathalie donna suite à cette proposition et les premières minutes de chaque séance furent consacrées à cette évaluation intime de ce qui constituait l'actualité de son vécu et de ce qui correspondait le mieux à l'abord de celui-ci : si par exemple c'était la colère qui était présente, soit vis-à-vis des hommes en général, soit plus précisément vis-à-vis d'un homme de sa vie tel son père ou son ex-mari, soit encore plus directement à l'égard du praticien, elle pouvait alors rester face à celui-ci et dire ce qu'elle avait besoin d'exprimer tout en le regardant et en effectuant d'éventuels exercices de respiration et de mobilisation énergétique destinés à l'aider dans cette communication qui pour elle était très difficile et la faisait toujours beaucoup pleurer, du moins au début.

Si ce qui était présent était le besoin d'évoquer et d'analyser un rêve ou un souvenir d'enfance, alors elle s'allongeait sur le divan et effectuait généralement toute la séance dans cette attitude. Il lui arrivait également d'utiliser le divan non dans le sens habituel, le dos tourné au thérapeute, mais en lui faisant face car son besoin était alors de pouvoir communiquer visuellement avec lui tout en profitant des possibilités relaxantes de la situation couchée.

Cet exemple illustre une des manières possibles – il y en aurait bien d'autres – de faire évoluer les modalités concrètes de gestion des séances à l'intérieur du cadre d'une psychothérapie individuelle. C'est tantôt le patient, tantôt le praticien qui effectue une proposition d'aménagement des séances. Mais comme dans un couple, c'est finalement au niveau de leur dyade que l'on trouve la fonction ordonnatrice et régulatrice du système qu'ils composent.

Examinons maintenant la possibilité de combiner des cadres différents.

Articulations de cadres différents

En levant certains verrous qui bloquent les rapports entre différentes approches conceptuelles et techniques, on peut mettre en communication plusieurs façons de travailler. Non plus lier rigidement une élaboration conceptuelle donnée et une méthode spécifique mais associer différents cadres ou même favoriser des transferts d'un cadre à l'autre. Car la psychothérapie n'est pas définie par une méthode particulière. Ce qui la spécifie, c'est plutôt un contrat moral et financier passé entre le client et un professionnel qui propose de lui apporter une aide. La frontière entre ce qui serait constant et ce qui peut varier va donc dépendre des choix effectués par le professionnel et par le style propre du patient.

JEAN-LUC a été en analyse pendant trois ans. Il y était venu sur le conseil d'une amie qui en avait elle-même fait l'expérience pendant sept ou huit ans et avait trouvé beaucoup de bienfaits à suivre une cure. Les plaintes de Jean-Luc concernaient essentiellement une inhibition relationnelle marquée, de fortes angoisses à s'exprimer en groupe ainsi qu'une inappétence sexuelle qui lui semblait anormale. Les trois années d'analyse (deux séances par semaine sur le divan avec un analyste freudien qui intervenait plusieurs fois à chaque séance) lui avaient apporté beaucoup de connaissances sur l'origine de ses peurs et sur son organisation défensive mais il constatait que son inhibition, son angoisse et le manque de désir restaient tout aussi vifs. Il effectua alors un stage intensif d'été où étaient proposés des ateliers de gestalt-thérapie, de bioénergie et de travail du souffle. Il s'impliqua beaucoup dans ces ateliers, participa aux exercices avec entrain et détermination et s'aperçut que la vie en groupe pendant le séminaire se déroulait beaucoup mieux que ce qu'il redoutait, et même qu'il avait du plaisir à cohabiter avec la vingtaine de personnes qui constituait ce groupe. Il ressentait même de l'attachement pour plusieurs d'entre elles. La liberté de parole et de conduite qui régnait dans le stage, les contacts affectueux entre les participants et avec les animateurs lui apportèrent une tranquillité et une ouverture qu'il ne connaissait pas jusque-là.

À la rentrée de septembre, il s'en ouvrit à son analyste et lui déclara qu'il souhaitait poursuivre sa cure analytique mais au rythme d'une fois par semaine afin d'avoir les moyens financiers de participer au groupe continu de psychothérapie qu'animaient les thérapeutes côtoyés pendant le stage d'été, ce groupe se réunissant au rythme d'un week-end par mois. Après avoir étudié les enjeux de cette situation et de cette évolution, l'analyste apporta son soutien à ce projet et Jean-Luc poursuivit donc sa psychothérapie de deux manières complémentaires : individuelle et analytique d'un côté, groupale et affectivo-relationnelle de l'autre. Cette période fut pour lui très riche en prises de conscience et en évolution relationnelle. Par exemple, il rencontra dans l'entreprise dans laquelle il travaillait depuis plusieurs années une femme à laquelle il n'avait jamais prêté attention et vécu avec elle une histoire amoureuse désinhibante faite d'ouverture émotionnelle et de découvertes sexuelles.

L'analyste freudien et les thérapeutes psychocorporels avaient su ouvrir leur cadre de travail à une coopération avec un collègue pour

le bienfait du patient qui ne trouvait ni uniquement chez l'un ni seulement chez les autres la richesse et les potentialités évolutives procurées par l'interpénétration en lui de leurs cadres respectifs et de leurs méthodes singulières. Cet exemple est l'occasion aussi de soutenir deux combinaisons particulièrement utiles au processus de changement :

*Combinaison entre la méthode analytique
et les approches émotionnelles*

Un certain nombre de praticiens craignent en intégrant les apports d'autres approches de ne plus « faire de l'analyse » car tel est souvent leur projet. Rassurons-les : pour qu'une pratique puisse être conçue comme psychanalytique, il convient qu'elle respecte et adopte les pierres angulaires de la psychanalyse qui pour nous sont les suivantes :

- la reconnaissance d'une vie inconsciente qui constitue une force motrice et organisatrice de la vie psychique ;
- la recherche de la libre association d'idées qui consiste pour le patient à exprimer sans choisir ce qui lui vient à l'esprit, visant ainsi la mise hors jeu de la censure entre le monde conscient et l'univers inconscient ;
- l'importance du refoulement et des mécanismes de défenses comme le clivage ou la projection ;
- l'attention portée au transfert et au contre-transfert ;
- la possibilité de donner sens aux rêves et aux symptômes, sens qui peut donc être découvert ou créé par le patient et le praticien ;
- l'exploration de la psychosexualité infantile et adulte ;
- l'étude de la persistance à l'âge adulte de vécus et de fixations infantiles.

Ces pierres angulaires, ces convictions clés de la psychanalyse n'empêchent en rien que leur soient associées des conceptions et des pratiques complémentaires. C'est le cas notamment avec les approches psycho-émotionnelles qui insistent sur la cuirasse musculaire, l'expression émotionnelle et la mobilisation énergétique.

On constate généralement que l'intrication du partage émotionnel et de l'élaboration psychique augmente les possibilités de dégagement des peurs, des fixations infantiles et plus généralement des impasses existentielles. En reliant les affects et les représentations, en soutenant la mobilisation émotionnelle tout autant que la mobilité psychique, on œuvre assurément à une meilleure harmonie intrapsychique et à un meilleur accordage interrelationnel. Car la qualité affective de toute expérience importe autant que sa portée symbolique, c'est aussi ce que le cadre pluriréférentiel révèle et assume.

Combinaison entre les séances individuelles et les sessions groupales

Le groupe à la fois fait peur — il est plus ou moins vécu comme menaçant, dévorant, engloutissant — et à la fois il calme les angoisses individuelles. Le cadre groupal est rassurant car il favorise chez l'individu le rassemblement psychique et l'unification mentale des différentes parties de lui-même. Le réconfort mutuel, l'écoute partagée, l'accueil véritable, le rapprochement physique et affectif, tout cela crée une solidarité en acte vis-à-vis des peurs collectives et des angoisses individuelles. La proximité non fusionnelle, le rapprochement différentiel constituent le cadre groupal en situation à haute valeur thérapeutique, mise au service de l'individuation et de la maturation.

L'assistanat mutuel psychologique et concret, la complicité sans complaisance, le partage émotionnel et le jeu interactif font partie des ingrédients du cadre groupal qui participent activement au processus d'exploration et de changement qui caractérise la psychothérapie (voir le chapitre 17 sur les thérapies groupales).

Concrètement, le cadre groupal consiste essentiellement en une grande salle si possible insonorisée, des matelas et des coussins confortables, des possibilités d'écoute musicale et de danse, parfois du matériel pour le dessin ou le collage, etc. Dans ce cadre, le travail associatif s'effectue à trois niveaux complémentaires : à l'intérieur de chaque participant, dans ses résonances corporelles, émotionnelles, psychiques et fantasmatiques ; à l'intérieur du groupe lui-même, dans les enchaînements thématiques, émotionnels et fantasmatiques propres à la vie collective ; le troisième niveau est en fait l'influence mutuelle qui s'établit entre le monde interne de chacun et l'univers fantasmatique du groupe et qui se traduit par une solidarité interindividuelle soutenant et contenant. Cette alliance affective va permettre au jeu fantasmatique groupal de se constituer en réorganisateur des espaces psychiques individuels. Elle va ainsi favoriser le travail psychothérapique d'actualisation et de dégagement. Complémentairement, les séances individuelles se prêtent davantage à l'exploration des résonances singulières à chaque personne et à l'intégration de ce qui fut vécu en groupe. L'objectif thérapeutique reste la mise en communication et en synergie des différents registres du vécu.

Des articulations diverses mais une démarche commune

C'est à un véritable décloisonnement théorico-clinique entre les diverses pratiques du changement auquel on assiste aujourd'hui. Il convient pour cela de distinguer les métathéories, qui ne se prêtent guère aux combinaisons, et les hypothèses plus modestes qui les constituent et qui, elles, permettent et fécondent les interpénétrations entre les différents cadres méthodologiques. Par exemple, il est possible d'intégrer les précieuses découvertes freudiennes sur les fantasmes et sur les mécanismes psychiques tels la projection et le transfert sans pour

autant accepter l'ensemble de l'édifice théorique de la psychanalyse et sans pour autant non plus s'obliger à appliquer le cadre de la cure tel qu'il a été inventé par le maître dans un cadre culturel donné, avec une population clinique particulière et avec les limites inhérentes à sa propre personnalité.

De même, on peut tirer profit des découvertes de Reich sur les tensions corporelles, sur la cuirasse caractérielle et musculaire et sur les développements qu'en a effectués Lowen (sous la formule « analyse bio-énergétique ») sans pour autant s'obliger à entrer dans le cadre théorico-méthodologique particulier de cette approche. On pourrait en dire de même de la gestalt-thérapie, des thérapies systémiques, du *rebirth*, du psychodrame, des méthodes cognitivo-comportementalistes, etc. Chaque approche possède ses qualités spécifiques, plutôt conceptuelles pour les unes, plutôt méthodologiques pour d'autres, mais chacune possède aussi ses faiblesses et ses limites. Il semble donc utile pour tout praticien de pouvoir mettre en dialogue leurs cadres spécifiques et d'opter pour les combinaisons qui correspondent le mieux à sa personnalité et à ses conceptions.

Le travail psychothérapique, en favorisant les liaisons entre les différents niveaux du vécu individuel, vise le dépassement de l'isolation de chaque élément (un rêve, le souffle, une tension physique, un fantasme, des larmes de tristesse ou de joie, un silence d'angoisse...) et l'unification du vécu psychocorporel du patient. Le cadre se met au service de cette exploration des liens et de cette articulation unifiante des différentes modalités d'expression de l'être.

Cette création de combinaisons thérapeutiques ne s'appuie pas seulement sur la pluralité des techniques et des théories qui sont aujourd'hui à notre disposition mais aussi sur la variété des paradigmes relationnels qui leur correspondent : l'écran neutre, la relation empathique et chaleureuse, le rôle de conseiller, la stratégie communicationnelle, l'accompagnement émotionnel, l'apprentissage comportemental...

Un cadre pluriréférentiel rigoureux et souple va donc favoriser la fertilisation mutuelle d'approches différentes et complémentaires. C'est pourquoi on peut le dire « intégratif » dans ses aspects à la fois théoriques et concrets, conceptuels et pratiques. C'est un espace thérapeutique à plusieurs dimensions dans lequel il s'agit soit de juxtaposer des méthodes différentes relevant de cadres théorico-cliniques hétérogènes soit de les marier dans un cadre consistant et adaptable qui va varier selon les praticiens, selon les patients et selon les différents temps du processus psychothérapique. Les stratégies d'investigation y seront certes variées puisque les portes d'entrée et l'architecture de l'ensemble le sont. Mais il s'agit de s'intéresser à la continuité et à l'unité pour chaque patient de sa « trajectoire thérapeutique », en dépit des hétérogénéités méthodologiques et conceptuelles qu'il rencontre.

La rigueur et la souplesse du cadre tant du praticien que de la thérapie sont les garants de la sécurité du patient qui peut alors se déplacer dans

les différents espaces-temps de ce processus d'actualisation, d'activation et de tranquillisation qui caractérise le voyage psychothérapique. Les registres hétérogènes du vécu (sensations corporelles, émotions, images, pensées, fantasmes...) sont mis en relation les uns avec les autres selon des processus inconscients qui échappent bien sûr au contrôle du praticien ; mais celui-ci sait qu'il favorise ainsi les transitions et les associations entre ces processus dans un climat sûr et qu'au fond c'est cela qui est attendu de lui : non seulement la stimulation et l'investigation du monde interne du patient mais aussi la proposition et l'incarnation d'un cadre solide, identifiable et adaptable.

Chapitre 6

LA RELATION

C'EST dans le lien et ses particularités que se construit une personne, que se définit progressivement sa personnalité. Dès les premiers instants de la vie, l'être humain interagit avec son environnement humain. Il prendra conscience de lui-même à l'intérieur de ce cadre interactif qui, s'il est par trop défaillant, perturbe les processus de psychisation, d'individuation et de socialisation. C'est donc dans la relation et ses vicissitudes que naissent et se développent les styles et les problématiques individuels.

C'est pourquoi l'on trouve les plus grandes potentialités thérapeutiques dans les enjeux et les modalités de la relation : actualisation du monde des désirs et des peurs, tendance à répéter les scénarios problématiques, identification des défenses et des résistances, possibilités de restauration affective, opportunités d'interactions innovantes, etc.

UNE PSYCHOTHÉRAPIE RELATIONNELLE

La relation est au cœur du processus de changement. C'est en son sein que se vit la répétition des décalages et des souffrances mais aussi qu'est réveillé le mouvement d'autonomisation. C'est donc par elle que les voies de dégagement s'expriment. Le « travail » de la relation consiste essentiellement à explorer les modalités d'implication et de retrait propres à chaque patient. Comment se tourne-t-il vers le thérapeute et comment s'en détourne-t-il ? Comment ferme-t-il son monde intérieur et comment l'ouvre-t-il ? Comment s'intriquent ou non les différents constituants de son vécu dans sa pensée, dans sa parole et dans ses actions ? La communication est-elle débordée par des affects

trop nombreux et trop intenses ou au contraire s'aliène-t-elle dans la cuirasse du langage, dans le code linguistique auquel elle adhère ?

Les résonances émotionnelles dans le cadre de la communication thérapeutique sont nécessaires. Elles vont créer des ébranlements internes comme dans l'exemple suivant.

ÉLODIE n'a que vingt-deux ans mais ses expériences de vie et une vivacité mentale lui donnent une apparence mature et décidée. Enfant unique, elle a eu des parents assez infantiles. Par exemple, les soirées se déroulaient généralement de la manière suivante : le père jouait à des jeux vidéo en fumant, la mère regardait la télé en buvant (sans excès pathologique mais quotidiennement). Elle-même lisait ou travaillait dans sa chambre en utilisant des tampons auditifs pour se protéger des bruits issus tant des jeux vidéo que de la télévision. Ils ne se parlaient pratiquement pas, si ce n'est pour échanger des propos assez banals sur les repas, l'organisation concrète de l'appartement ou la météo. Pas d'ambiance conflictuelle donc mais la réunion de trois individus solitaires plutôt qu'une communication solidaire au sein d'un trio.

Comme beaucoup de personnes ayant eu des parents immatures, Élodie a développé très tôt un caractère indépendant. Elle ne compte que sur elle et, pour l'instant, cela lui réussit plutôt bien. Elle a toutefois entrepris une psychothérapie car elle se trouve vraiment seule et craint de devenir comme ses parents, qu'elle aime bien mais dont elle trouve le mode de vie « creux et absurde ». Elle s'adresse au praticien de manière directe, sans ambages, y compris sur des sujets délicats comme l'intimité sexuelle. Mais il y a un thème qu'elle évite depuis le début de sa thérapie (une dizaine de mois), c'est son ressenti vis-à-vis du thérapeute. Jamais elle ne livre quoi que ce soit qui concerne le lien avec celui-ci, leur complicité ou non, ce qu'elle apprécie dans son attitude ou ce qu'elle n'aime pas dans leur relation. Un jour elle déclare pourtant : « vous avez l'air fatigué ». Parole relativement banale mais qui dans ce contexte, compte tenu de son habituel silence sur ce qu'elle perçoit du praticien et même de son apparente indifférence à son égard, prend de l'importance. Le praticien décide de reconnaître qu'en effet il est fatigué et lui demande quel impact cela a sur elle :

ÉLODIE. — Je me demande si c'est moi qui vous fatigue ou si ce sont vos charges de travail ou des problèmes personnels... (*silence d'une ou deux minutes*)... en fait je n'aimerais pas que ce soit à cause de moi.

PRATICIEN — Si c'était à cause de vous, qu'imaginez-vous, émanant de vous, qui aurait cette influence sur moi ?

É. — Je sens que mon discours est trop en noir et blanc, il n'y a pas assez de couleurs, comme si je craignais qu'il y ait plus de vie ici. Je n'ose pas vous envahir avec mes demandes [*note du praticien : elle n'en formule presque jamais !*], je ne veux pas vous ennuyer... mais c'est peut-être ça qui vous ennue ! (*Elle prend conscience dans ce moment que sa manière de communiquer provoque ce qu'elle voudrait justement éviter.*)

P. — Pourquoi craignez-vous qu'il y ait plus de vie entre nous ?

É. — Parce qu'on est là pour analyser mon mode d'être, pas pour nous amuser !

P. — Ce n'est pas contradictoire, on peut jouer sérieusement, c'est-à-dire être créatifs et ludiques tout en réalisant votre projet d'analyse de votre mode d'être.

É. — En fait, je crains ma gêne, ou la vôtre, ce n'est pas clair, si on se met à jouir... euh à jouer (*elle paraît tout à coup très embarrassée*), j'ai mélangé jouer et jouir, c'est ridicule...

P. — Vous craignez que si on joue davantage, cela nous fasse jouir ?

É. — Oui, peut-être.

P. — En fait l'ambiance ici ressemble beaucoup à celle que vous avez connue chez vos parents, n'est-ce pas ? Il ne manque que la télé ! (*rire partagé*). C'est ce que l'on appelle la répétition : il se rejoue ce que vous avez connu et que pourtant vous ne voudriez plus connaître. Il se révèle aussi que si les choses se déroulaient autrement, vous craignez ce qui pourrait alors se passer.

Dans cette intervention, le praticien pointe la répétition inconsciente à l'œuvre et une partie de l'actualisation transférentielle : dans cette reproduction avec lui de l'ennui vécu à la maison avec les parents se cachent et finalement apparaissent (grâce par exemple au lapsus entre « jouir » et « jouer ») des désirs qui semblaient quotidiennement refoulés dans l'atmosphère familiale et dont l'émergence peut lui faire peur.

É. — J'ai souvent eu cette impression diffuse qu'à la maison, quand chacun était de son côté, enfermé dans son monde, c'était aussi pour éviter qu'il se passe quelque chose entre nous.

P. — Qu'est-ce qui aurait pu se passer ?

É. — C'est difficile à dire. C'est des impressions. Ce qui est sûr, c'est que mon père nous regardait moi et ma mère avec des yeux curieux, brillants, mais sans rien dire. J'étais souvent mal à l'aise.

P. — Qu'avez-vous imaginé à l'époque ou qu'en pensez-vous maintenant ?

La séance s'est poursuivie sur cette exploration de l'ambiance familiale et des constructions fantasmatiques de la patiente dans lesquelles la crainte d'élans sexuels de la part de son père et d'elle-même apparaissait clairement. Cette séance s'est terminée ainsi :

P. — Il semble donc qu'ici vous aimeriez qu'on ait du plaisir à être ensemble sans pour autant que cela soit sexuel. Qu'aimeriez-vous par exemple que l'on fasse ?

É. — Rire ! C'est trop sérieux ici, je suis sérieuse, vous êtes sérieux, tout cela est trop grave, pourtant il n'y a pas de drame. Pourquoi on ne rit pas ? Cela fait plusieurs séances que j'ai une blague que j'aimerais raconter mais je me l'interdis car cela me semble déplacé. Je n'en vois pas l'intérêt.

P. — Au contraire, c'est bienvenu. Nous devons arrêter aujourd'hui mais vous me la raconterez la prochaine fois.

Comme on le comprend, une psychothérapie ne consiste pas seulement à étudier l'histoire d'une personne et à investiguer son monde psychique pour comprendre son fonctionnement, ses mécanismes de défense spécifiques et la cause de ses difficultés de vie. Tout cela, qui est souhaitable, ne devient thérapeutique qu'à l'intérieur d'une relation affective

et soignante, c'est-à-dire faite d'accueil, de sécurité, d'ouverture, de jeu et de recherche d'amélioration. Cette relation thérapeutique intègre ce que Freud a nommé le transfert et le contre-transfert mais ne s'y réduit pas. Toutefois ces éléments transférentiels et contre-transférentiels sont tellement prégnants qu'il convient de les préciser.

LA DYNAMIQUE TRANSFÉRENTIELLE ET CONTRE-TRANSFÉRENTIELLE

À la séance suivante, Élodie raconte sa blague : « C'est un journaliste belge qui interroge un Français, un Chinois et un Africain : "Excusez-moi, je voudrais connaître votre opinion sur les problèmes d'alimentation dans le monde." Le Chinois demande : "Ça veut dire quoi *opinion* ?" L'Africain demande : "Ça veut dire quoi *alimentation* ?" Et le Français : "Ça veut dire quoi *excusez-moi* ?" » Élodie regarde alors le praticien, et bien que celui-ci sourît, elle ajoute : « Ça n'a pas l'air de vous emballer mon histoire !

PRATICIEN. — Vous dites cela avec regret, comme si vous vouliez m'emballer !

Cette intervention pointe directement la dimension transférentielle à l'œuvre. La patiente veut l'« emballer », c'est-à-dire le séduire, ce qui poursuit thématiquement et relationnellement les échanges de la séance précédente. Elle vit par rapport à lui le trouble ressenti vis-à-vis de son père. Elle cherche avec le praticien la sécurité paternelle, sans ambiguïté sexuelle, mais revit aussi avec lui la répétition de ce trouble qui pourtant l'embarrasse tant.

ÉLODIE (*gênée*). — Oui et non. J'ai envie que ce soit plus spontané et plaisant entre nous. En même temps, ma demande me semble déplacée...

P. — Il y a plusieurs niveaux d'écoute de votre histoire. Par exemple, c'est comme si vous me demandiez : « Excusez-moi, je voudrais connaître votre opinion sur la relation entre nous. Est-elle alimentaire ? nourrissante ? fatigante ? » Au niveau de notre lien, vous semblez souhaiter que nous soyons plus emballés l'un par l'autre...

É. — Si je vous dis ça, vous allez me répondre : ça veut dire quoi une relation nourrissante ? Vous allez me demander ce que j'aimerais qui se passe en plus entre nous.

P. — C'est probable, c'est en effet une grande question. Si on essayait d'y répondre ? »

La séance se poursuit sur cet échange qui touchait le thème d'une relation « bonne » en général et celui de la relation particulière entre cette patiente et ce praticien. Le travail s'est effectué simultanément à au moins trois niveaux :

- *thématique* : le manque affectif dans l'histoire d'Élodie et l'ambiguïté des rapports dans son univers familial ;

- *transférentiel* : la répétition dans la relation thérapeutique de cette frustration mais aussi de l'espoir que ce lien présent soit plus satisfaisant que les relations anciennes. Élodie transfère sur son thérapeute ses émois et ses attentes infantiles. Rappelons que le transfert est le processus par lequel les désirs inconscients du patient s'actualisent sur la personne du praticien, le contre-transfert étant l'ensemble des réactions inconscientes de celui-ci à l'égard du patient. Ce qui caractérise la situation psychothérapique, c'est que l'on va porter attention à cette actualisation de part et d'autre et en faire des sources de clarification et des points d'ancrage de l'élaboration ;
- *thérapeutique* : patiente et thérapeute effectuent ensemble au présent ce qui n'a pas été vécu par la patiente dans son histoire familiale, à savoir un échange très impliquant sur un sujet lui-même très chargé (le lien affectif entre des personnes partageant une intimité). Au lieu de seulement évoquer son passé familial, il est question en plus d'en percevoir l'impact sur la situation présente et d'agir sur cette actualité.

Si Élodie veut « emballer » le praticien, cela ne signifie pas seulement le séduire mais plus profondément, en deçà de ce registre œdipien, cela signale son grand besoin qu'il s'intéresse à elle, qu'il lui prête attention et, si possible, qu'il éprouve pour elle de l'affection. Il s'agit là d'un besoin primaire tout à fait banal (qui ne le partage ?) mais qui revêt une importance centrale dans l'accompagnement thérapeutique. Pour soutenir le processus de mentalisation, c'est-à-dire la capacité psychique de métabolisation et d'élaboration des expériences vécues, il faudra généralement que cette part affective du lien thérapeutique soit assumée par le praticien. Si tel n'est pas le cas, on assistera peut-être chez le patient à une conscientisation et une intellection améliorées mais pas à la restauration affective et au dégagement réflexif par quoi se caractérise le processus de changement.

Puisque la vie psychique s'enracine dans la relation qui la permet et lui donne sens, le travail de mentalisation sera logiquement vitalisé par la dynamique affectivo-relationnelle qui relie patients et praticiens. L'impossibilité pour certaines personnes d'asseoir solidement leur fonctionnement mental provient d'insuffisances dans le soubassement relationnel de leur psyché. En psychothérapie, il convient alors de chercher l'origine de ces insuffisances, à des fins de compréhension. Mais cela ne suffit pas : il faut également élaborer une stratégie individualisée et proposer un cadre relationnel qui apporte à la personne sur les différents plans communicationnels ce qui lui fait défaut pour pouvoir parvenir à une nouvelle composition psychique.

ALLIANCE ET INNOVATION

Oser d'autres modes d'engagement relationnel va être une nécessité du processus thérapeutique et l'opportunité majeure que les modalités du cadre proposé par le praticien permettent.

Il importe qu'il y ait ni saturation d'émotions afin que la communication ne soit pas débordée ou incessamment bloquée par des affects trop nombreux et trop intenses, ni stérilisation affective par une fascination vis-à-vis du discours formel. Il convient aussi de ne pas laisser l'évocation du passé vampiriser les échanges qui s'effectuent toujours dans le présent des séances. Ce qui est recherché, c'est plutôt une gestion créative des résonances intimes qui sont reprises dans une parole d'élaboration. Celle-ci, ancrée dans ses soubassements corporels et sensoriels et dans ses racines historiques, doit aussi s'en distancier afin d'enrichir et de consolider les registres de l'actualisation et de la symbolisation.

L'implication relationnelle, émotionnelle et communicationnelle, est ainsi le vecteur du changement. Elle favorise l'émergence chez le patient de fantasmes et de pensées dont la prise de conscience est alors nettement facilitée. L'émergence de ces liaisons psychiques nouvelles va nourrir le quotidien du patient en lui offrant d'autres opportunités d'échange et d'engagement. Par exemple l'association entre la communication affective et l'élaboration psychique a permis à Élodie d'enrichir son vécu relationnel non seulement dans le travail thérapeutique, qui n'est qu'une étape et qu'un moyen, mais aussi dans son existence ou progressivement elle a pu inscrire plus de variété, plus d'intensité et plus de sens dans ses interactions : par exemple, elle a mis en place avec son compagnon des modalités d'échange beaucoup plus implicantes et ludiques et a réduit dans son quotidien ce qui rendait celui-ci « absurde et déprimant » (moins de focalisation sur les courses, le ménage et la gestion des comptes, et plus de détente et de jeux amoureux).

Prenons un autre exemple de ce qui se joue primordialement dans une psychothérapie relationnelle, à savoir être écouté, être accueilli et être aimé.

RÉMI, ingénieur de quarante ans, se plaint d'être continuellement confronté aux mêmes problèmes dans sa vie interactive : il se sent comme une éponge qui capte tellement les émotions des autres que lui-même se trouve envahi et très décontenancé par ses brusques accès de colère ou montées de larmes. Dans le cabinet du psychothérapeute, il est plutôt tranquille et serein car il trouve que le praticien l'est également mais dès qu'il se trouve au travail ou dans tout autre situation sociale, sa peur d'être envahi émotionnellement le ressaisit et entraîne régulièrement ce débordement tant craint.

L'analyse de ce problème a montré que Rémi refusait exagérément les micro-mouvements affectifs et relationnels qui spontanément naissaient en lui. Au lieu de laisser les émotions le traverser, il les rejetait, ce qui provoquait finalement leur inflation et ces réguliers débordements. Le projet

fut donc d'inverser le processus et de laisser les mouvements émotionnels s'exprimer dès leur apparition afin qu'ils ne soient plus envahissants ni exagérés. Le travail qui s'effectua en séance fut autant émotionnel-corporel que verbal-représentatif : Rémi tenta d'abord maladroitement puis avec plus d'assurance d'exprimer ce qui se trouvait trop souvent réprimé en lui et qui consistait pour l'essentiel en changements brusques d'humeur et en mouvements de rapprochement et de retraits eux-mêmes très rapides.

Par exemple, lors d'une séance il s'approcha du fauteuil du praticien de manière à pouvoir tenir sa main qu'il plaça contre sa joue pendant qu'il évoquait une scène de son enfance avec sa grand-mère qui s'était longuement et tendrement occupée de lui pendant l'absence de ses parents. Ceux-ci partaient souvent de la maison, sans prévenir et pour des raisons que Rémi ignorait encore, et ne revenaient que tard dans la même journée et parfois plusieurs jours plus tard. Ces modifications soudaines et fréquentes de la situation familiale restaient inscrites en Rémi qui donnait l'impression de vivre toujours aux aguets. Chaque moment de sa journée était perçu comme une situation d'alerte où toujours il pouvait se passer quelque chose d'inquiétant. Dans le cabinet du praticien, il apprit dans un premier temps à exprimer cet état d'alarme permanente puis à progressivement détendre son corps et sa psyché qui se trouvaient comme repliés autour de cette zone d'insécurité fondamentale. La grand-mère paternelle était assurément une figure stable et rassurante et longtemps Rémi vit dans la personne de son psychothérapeute masculin cette grand-mère-là. Par exemple, elle faisait très bien les clafoutis aux abricots et plusieurs fois, lors de séances thérapeutiques, Rémi eut l'impression vive que l'odeur de ce gâteau imprégnait la pièce.

Un jour que le praticien était en retard, il eut l'opportunité aussi d'exprimer le désarroi et la colère que ce retard faisait naître en lui. Lors de la séance, il exprima une partie du sentiment de rage et de détresse qu'il avait maintes fois ressenti dans son enfance quand ses parents n'étaient pas là, sans explication et sans moyen pour lui de savoir où ils étaient et pourquoi. La répression faisait place à l'expression, dans une ambiance d'accueil et de compréhension.

Alors que la plainte initiale de Rémi était de ne pas contrôler ses émotions, il dut s'apercevoir qu'en fait il cherchait constamment à les contrôler, et que le problème était double : d'une part, pour des raisons historiques qu'on ne développe pas ici, il était constamment à fleur de peau, toujours prêt à « se liquéfier » ou à « imploser » (il utilisait tantôt l'une, tantôt l'autre formule) ; d'autre part, il luttait à longueur de temps pour que cette liquéfaction ou cette implosion n'ait pas lieu. Sa fatigue chronique se comprenait aisément, ainsi que son état d'angoisse et la chute dépressive qui le menaçait, puisqu'il se sentait sans arrêt sur « le fil du rasoir » (autre formule récurrente dans son discours), ne sachant jamais s'il allait s'écrouler ou tenir le coup. C'est dans la relation avec son thérapeute qu'il put prendre conscience des différents aspects de ce mode de fonctionnement et qu'il trouva un étayage lui permettant petit à petit de diminuer la pression. Il croyait, comme beaucoup de personnes, que s'il relâchait un tant soit peu son contrôle, il allait lui arriver quelque chose de terrible, de l'ordre de l'écroulement.

Avec Rémi, comme pour Élodie, se posait notamment la question de la distance dans la relation thérapeutique. Tout autant la distance physique, qui fut modulée en fonction des besoins de chacun et des moments du processus, que la distance psychique : à ces deux niveaux, le « trop » et le « pas assez » étaient vécus soit comme une intrusion soit comme une perte et entraînaient la mise en place de systèmes défensifs coûteux en énergie. Le retrait silencieux du praticien peut être vécu par ces personnes comme un abandon, un rejet, une menace de mort psychique. De même un mode trop spontané et fréquent d'intervention peut signifier irrespect et danger d'intrusion. C'est une dialectique subtile entre présence et absence, entre implication et distanciation, qui est en jeu.

La psychothérapie relationnelle est avant tout expérientielle, axée sur l'échange. La pensée et le registre verbal ont pour fonction de signifier et de contenir l'expérience affectivo-fantasmatique. Les échanges concrets préparent et consolident la recherche d'un dialogue révélateur de sens. La prise en compte conjointe des aspects affectifs et des éléments représentatifs créent une dynamique des échanges dont l'intériorisation va aider le patient à vitaliser son vécu. Beaucoup de personnes présentent des passerelles effondrées dans leur univers psychique et l'on va chercher à relancer le travail de liaison en ayant recours aux interprétations, bien sûr, mais aussi par des manifestations accentuées de présence de la part du praticien qui aide ainsi activement à la construction ou la reconstruction du monde interne du patient.

Le jeu relationnel est scandé à l'intérieur du temps d'une séance par les différents moments qui composent celle-ci (silence de réflexion, contact de soutien, parole associative, mouvement corporel, interprétations par le patient ou par le praticien, etc.) et entre les séances par le rythme qui va soutenir le processus. On sait que cette scansion revêt une importance primordiale dans l'apparition et le développement de la pensée (voir par exemple Marcelli, 1986 ou Pinol-Douriez, 1984). Le temps rythmé favorise la figurabilité des expériences éprouvées. En psychothérapie, la répétition des séances sera aussi au service de la figuration des expériences du patient (qu'elles s'effectuent à l'intérieur ou en dehors de ce cadre) et de l'organisation de sa psyché. Ses capacités à ressentir et son activité de penser trouveront ainsi une meilleure confirmation mutuelle¹.

Pour réarticuler les choses et les mots, les sensations et les pensées, les affects et les représentations, les différents moyens mis à la disposition des thérapeutes sont bienvenus, notamment les méthodes actives et créatives de travail issues des différents champs pratiques comme l'art-thérapie, la danse-thérapie ou le psychodrame. Grâce à elles, on canalise la vie pulsionnelle et l'expression créative ce qui, dans bien des cas, aboutit à une élaboration mentale renforcée.

1. On trouvera dans Delourme, 1997, une discussion clinique du rapport entre distance relationnelle et rythme des échanges, notamment dans le chapitre 4 consacré à l'implication du psychothérapeute.

La *mise en acte*, qu'elle soit directement relationnelle (mouvement, geste, échange, jeu) ou qu'elle prenne la forme d'une médiation (danse, dessin, collage, écriture...), est une voie thérapeutique de dégagement. Les habitudes mentales et comportementales du patient s'en trouvent remuées, influencées, modifiées. Elles sont « revues et corrigées » comme on le dirait d'un texte que l'on veut actualiser et adapter aux connaissances nouvellement acquises. Les conduites plus ou moins stéréotypées et névrotiques sont consciencisées et modifiées grâce à leur désignation dans l'actualité des échanges avec le praticien et grâce aussi au fait d'expérimenter de nouvelles attitudes dans ce même cadre interactif. Oser d'autres manières de penser et de communiquer, se montrer et s'affirmer autrement, jouer à être l'opposé de ce qu'on croit ou prétend être, sont des moments thérapeutiques particulièrement vitalisants.

Par exemple, GRÉGORY pris un jour le risque de se dégager de l'isolement et de la futilité. Jusqu'à présent, son système habituel consistait à se recroqueviller dans le silence dont il ne sortait que pour proférer des propos affligeants de banalité. Le praticien s'en trouvait parfois ennuyé, surpris et souvent irrité. L'intelligence pressentie de Grégory lui permettait certainement un autre registre d'échange que ces propos ternes et réfrigérants dont il s'était fait une spécialité. Le praticien lui proposa un jour de « jouer à être inventif » :

« Imaginons, lui dit-il, que vous soyez invité à un jeu radiophonique (dont Grégory raffolait) et que l'animateur vous pose en direct des questions délicates. Par exemple : "Quelle a été votre plus grande folie ?" Que répondriez-vous ?

— Naître, répondit aussitôt Grégory.

— Intéressant, répondit le praticien en souriant, et quel a été votre plus grand mensonge ?

— Faire croire que j'étais bête !

— Oui, et que pensez-vous gagner en répondant à mes questions ?

— Plus de liberté de penser et peut-être aussi plus d'angoisse.

— Pourquoi plus d'angoisse ? demanda le praticien.

— Parce que l'angoisse, c'est le vertige de la liberté, c'est la liberté scrutant les profondeurs de ses possibilités... »

Le praticien dit à Grégory combien il était impressionné par ce qu'il disait quand il se laissait ainsi aller à jouer. Grégory ne cacha pas non plus son vécu car il se sentait particulièrement content d'avoir été d'une part spontané et d'autre part « spirituel » dans ses réponses. Le praticien lui proposa qu'ensemble ils jouent plus souvent, de cette manière ou d'une autre — qu'importe finalement le mode choisi — afin que puisse apparaître plus souvent cette facette fort intéressante de la personnalité de Grégory dont il fut reconnu qu'elle était très étouffée. Il ne s'agit bien évidemment pas d'effectuer un concours de virtuosité ou de se perdre dans une facticité ludique de surface mais au contraire de soutenir l'émergence de pensées, d'associations et de traits de personnalité que le patient tenait cachés pour des raisons plus ou moins obscures.

Grégory fit par exemple l'aveu suivant : « En fait ce que j'ai dit à propos de l'angoisse et de la liberté, c'est pas de moi, c'est de Kierkegaard » et la gêne sembla l'envahir, comme s'il désignait ainsi sa propre indigence intellectuelle. Il ne pouvait que se taire ou répéter comme un perroquet les pensées des autres. Rien de profond ou d'original ne pouvait émaner de lui : pas d'idée véritablement personnelle, pas d'invention véritable, ce qui visiblement le désolait. Le praticien lui dit alors : « Même si la formule au départ n'est pas de vous, c'est quand même vous qui y avez pensé et qui l'avez partagé avec moi. Ce qui signifie que vous l'avez intériorisée, que cela a du sens dans votre vie et dans votre thérapie. Nous sommes en effet constamment confrontés ici à votre angoisse, à la manière dont elle vous ligote, vous aliène et parasite votre liberté. Comment par exemple elle vous rend mutique à certains moments et comment à d'autres elle vous mène à proférer des banalités. Ce qui est dommage, compte tenu de vos capacités. »

GRÉGORY. — Mon père disait toujours que je n'étais pas une lumière. En fait, j'ai envie de briller mais ça me fait peur (*il se met à pleurer*) j'ai peur d'être ridicule et que vous me disiez vous aussi que je ferais mieux de fermer ma gueule... (*il crispe les poings et continue de pleurer mais en grinçant des dents*). »

Le jeu relationnel que nous évoquons n'est donc pas une simple distraction ludique, même si l'amusement et le rire y ont assurément leur place, mais l'exploration émotionnelle et psychique des différentes modalités du lien. En jouant ensemble, patients et psychothérapeutes inventent des aires d'expériences nouvelles, parfois innovantes, où coexistent l'imaginaire, le réel et le symbolique. Ils créent et exploitent dans leur cadre relationnel une aire intermédiaire entre la réalité et l'illusion, zone d'échange qui est génératrice de prises de consciences et d'expériences émotionnelles restauratrices.

Les troubles de la vie communicationnelle sont souvent au premier plan dans une psychothérapie. C'est par eux que le praticien comprend mieux la problématique du patient et c'est « grâce » à eux qu'il va pouvoir proposer au patient des modalités de travail adaptées à sa problématique. Le praticien proposa par exemple à Grégory de prendre conscience de ce que révélaient ses grincements de dents, de poursuivre et même d'augmenter ceux-ci, puis de faire évoluer son expression en disant tout ce qui s'actualisait en lui par rapport à cette situation.

C'est tout d'abord la colère par rapport à son père qui constitua le cœur thématique de ce qui fut exprimé : son père l'avait beaucoup critiqué, dévalorisé et même humilié et Grégory en conservait une rage qu'il avait dû ravalier au fil des années mais qu'il était nécessaire de laisser sortir dans le cadre thérapeutique. Puis c'est la complaisance maternelle qui apparut : sa mère ne s'interposait jamais entre son père et lui, ne remettait pas en question les critiques paternelles quotidiennes et même favorisait celles-ci en « dénonçant » Grégory quand celui-ci faisait des bêtises, d'ailleurs plus ou moins réelles. Cette colère envers sa mère s'exprima de manière encore plus douloureuse et ce furent surtout des larmes de

détresse et de solitude profonde qui constituèrent le partage de la fin de séance ce jour-là.

Ainsi, il arrive fréquemment que le registre psychique (discours, souvenirs, fantasmes) cache des conflits plus archaïques que les perturbations du mode de fonctionnement émotionnel et relationnel vont signaler. Il pourra donc être judicieux d'intervenir à ce niveau plus primaire pour affronter et débloquer les stases psychiques : par exemple, à un patient qui « pense en rond », s'embourbe dans une parole creuse ou fuit son angoisse dans le verbiage, le praticien peut proposer un travail d'expression physique et émotionnel pendant quelques minutes ; puis il lui propose de revenir à une communication à dominante verbale en lui demandant de prendre conscience de l'impact sur sa pensée, sur sa parole et sur son état général de la séquence d'activation émotionnelle vécue.

Le climat de confiance est une nécessité, et non des moindres, de l'aventure thérapeutique. Le lieu thérapeutique ne devient espace de vie et d'expériences réparatrices que si la confiance relationnelle peut s'y déployer, avec toutes les possibilités que cela offre pour le patient d'inscription psychique de cette fiabilité.

Le travail thérapeutique est facilité par une méthode souple (variations possibles du dispositif) mais rigoureuses (respect de certaines règles) permettant de vivre des expériences émotionnelles, relationnelles et psychiques nouvelles dans un lien sécurisant, à la fois activateur et réconfortant.

Les variations du cadre dont nous traiterons dans le chapitre suivant visent en fait, pour l'essentiel, des aménagements de la relation à ces différents niveaux : distance physique, proximité psychique, expression émotionnelle, jeu interactif, associations verbales, confort amélioré, protection du corps (par exemple par des couvertures) et du silence (par exemple par le débranchement du téléphone)... Parallèlement, et c'est leur fonction, ces aménagements relationnels influencent en les assouplissant les mécanismes de défenses psychiques habituellement et inconsciemment utilisés par le patient.

LE MODE D'ÊTRE DU PRATICIEN

Le praticien est à considérer doublement : il est un personnage secret et réservé qui se prête au transfert et aux projections du patient sur lui. Et simultanément il est un partenaire communicationnel avec lequel le patient va pouvoir penser et agir autrement. Il est à la fois destinataire et transitaire des paroles et des demandes du patient qui à travers lui s'adresse aux personnages prégnants de son histoire ainsi qu'à ses objets psychiques. Le patient va pouvoir revivre son histoire et ses histoires, les actualiser dans le présent du processus et ainsi préparer son futur, non seulement répéter mais recommencer. Quant au praticien, il s'offre à l'actualisation sur lui de la vie affective, pulsionnelle et mentale infantile de ses patients tout en donnant à ceux-ci l'opportunité de se dégager de

l'emprise de leurs mécanismes répétitifs en mettant ceux-ci en évidence puis en tentant de les dépasser dans l'ici et maintenant de l'alliance de travail.

Il ne s'agit d'ailleurs pas d'une adaptation unilatérale. Ce n'est pas seulement le praticien qui accueille le patient mais aussi le patient qui, plus ou moins inconsciemment, s'accorde aux caractéristiques du praticien et à son cadre spécifique. C'est en fait, comme dans toute dyade, un ajustement mutuel même si, du fait de sa formation, de son expérience et de sa profession, c'est ici surtout au praticien de faire le travail d'adaptation nécessaire au bon déroulement du processus. Celui-ci nécessite une articulation entre implication affective et distanciation réflexive, articulation délicate qui qualifie ce que sait faire, ou devrait savoir faire, le praticien. Il est attendu du professionnel de la relation d'aide :

- qu'il puisse saisir les demandes implicites du patient tout en écoutant le discours explicite ;
- qu'il sache intervenir à ces deux niveaux en tenant compte des résistances conscientes et inconscientes du patient, résistances qui vont évoluer au fur et à mesure que se déroule le processus de changement ;
- qu'il différencie les résistances du patient et les siennes propres, travail permanent sur lui-même dont il aura acquis les bases dans sa propre psychothérapie mais qui se poursuivra tout au long de sa carrière ;
- qu'il puisse s'impliquer psychiquement, fantasmatiquement mais aussi émotionnellement et parfois corporellement tout en restant en position d'écoute de son monde interne et globalement de maîtrise de son contre-transfert et de son éventuelle impulsivité. Rester spontané sans être impulsif fait partie de son savoir-faire.

Son attitude professionnelle requiert du savoir, du savoir-faire, du savoir-être mais aussi du savoir-devenir. C'est d'une part en étant lui-même, et d'autre part en étant lui-même en évolution continue qu'il peut le mieux transmettre ces aptitudes à ses patients. C'est par la congruence entre ce qu'il pense, ce qu'il ressent, ce qu'il dit et ce qu'il fait, et donc par l'adéquation entre son mode d'être et son éthique, qu'il va influencer ceux qui le consultent, plus que par son masque professionnel et son discours de surface.

C'est aussi son adaptabilité qui va être nécessaire. Pour les patients dont les troubles s'enracinent dans des conflits archaïques, souvent préverbaux, il sera pertinent d'opter pour un mode relationnel tenant compte des phases de développement où le patient se trouve bloqué, fixé. Il sera alors question de s'impliquer corporellement et émotionnellement.

Ce fut le cas par exemple pour CLAUDINE, femme d'une trentaine d'années, secrétaire de direction sans mari et sans enfant. Sa vie amoureuse était quasi nulle. Ses somatisations étaient nombreuses, notamment des problèmes de peau chroniques malgré des traitements dermatologiques scrupuleusement suivis depuis une quinzaine d'années. Acné et eczéma

se succédaient ou s'additionnaient, notamment sur son visage et les parties visibles de son corps. Les paroles interprétatives faites pendant des mois sur l'origine et les enjeux de cette symptomatologie très parasitante n'y changeaient rien. La stratégie du praticien fut alors d'intervenir de manière beaucoup plus concrète, en utilisant le toucher calmant et protecteur.

Pendant une période d'environ une année, il eut avec cette patiente des contacts physiques au niveau de son visage et de ses bras et parfois aussi il l'enlaça pendant qu'elle exprimait les émotions qui la tenaillaient, en l'occurrence beaucoup de rage et de détresse entremêlées. Cette option thérapeutique, en complément des soins dermatologiques qui ne furent pas interrompus et de la poursuite du travail d'analyse de sa vie et de son fonctionnement psychique, donnèrent des résultats significatifs et permirent ensuite de revenir lors des séances à un mode plus habituel d'échange. La parole était devenue plus signifiante et plus apte à symboliser la faille fondamentale de Claudine, diminuant ce faisant les somatisations si dérangeantes et augmentant sa capacité à trouver en dehors des séances thérapeutiques les contacts affectueux dont elle avait besoin. Lors d'une séance, le praticien, très ému par les sanglots de Claudine, avait lui-même laissé quelques larmes couler et accepté que Claudine touche ses larmes et donc son propre visage. Cet échange fort intime avait bouleversé la patiente et s'était inscrit en elle comme une expérience absolument nouvelle lui ouvrant de grandes perspectives quant aux possibilités d'échange avec un autre être humain, et notamment un homme. Le toucher s'effectue avec tact et le contact devient échange intégral : émotionnel, corporel, psychique et symbolique.

Cet exemple illustre aussi un double positionnement méthodologique : premièrement, la position qui consiste à avoir avec tous les patients la même attitude n'est pas pertinente puisque tous n'ont pas les mêmes fixations, les mêmes défenses et les mêmes besoins thérapeutiques ; deuxièmement, avoir avec un même patient la même attitude pendant toute la durée de la thérapie n'est pas pertinent non plus puisque les demandes, les résistances et les besoins spécifiques vont évoluer au fur et à mesure que se déploie le processus de changement.

L'implication du praticien va être spécifique avec ses différents patients dont on ne peut attendre d'emblée de grandes capacités d'élaboration et de symbolisation. Si tel était le cas, c'est probablement qu'ils n'auraient pas besoin de psychothérapie. Cette implication relationnelle visera le vécu par le patient d'expériences communicationnelles nouvelles dans un cadre protégé puis l'exploration de l'impact réel et imaginaire de ces événements dans l'après-coup de leur intégration.

C'est donc la relation qui est le principal facteur curatif. On aide le patient à s'autorestaureur grâce au tissage et à l'élaboration du lien spécifique et privilégié qui existe entre lui et son accompagnateur. Les échanges vont créer une nouvelle dynamique psychique, tout d'abord dans le cadre spécifique de la psychothérapie puis à l'extérieur de celui-ci car le patient va exporter dans sa vie les éléments de dégagement qui se seront inscrits en lui.

Toutes les méthodes, qu'elles soient à dominante verbale, émotionnelle ou corporelle, ou qu'elles aient recours à des médiations tels la danse ou le psychodrame, ou qu'elles intègrent, comme nous le soutenons, ces nombreux possibles, ont un projet commun qui est d'aider le patient à s'individuer et à s'émanciper. Pour cela il faut savoir se laisser utiliser par le patient, sans sombrer bien sûr dans une complaisance vis-à-vis d'une éventuelle manipulation. Le jeu thérapeutique nécessite que chacun des protagonistes s'adapte au style de l'autre mais quand le patient, comme cela est généralement le cas, est trop confus, trop fragile ou trop rigide ment constitué, c'est évidemment au psychothérapeute de s'efforcer de rendre sa propre cuirasse plus malléable, plus perméable et de s'adapter aux besoins de chacun à chaque étape du processus. L'implication intersubjective et la recherche d'objectivité clinique sont ici tout à fait compatibles. On peut même évoquer

« la fécondation mutuelle de ces deux activités mentales, l'activité théorico-clinique objectivante, et l'ouverture existentielle à l'écoute de soi-même et de l'autre » (Pagès, 1993, p. 305).

Se mettre en vibration empathique avec les sensations, les émotions et les rêveries d'autrui ne gêne pas et même affine l'élaboration mentale et conceptuelle de cette situation.

Le praticien met en œuvre un rapport de sollicitude réfléchi et d'écoute active dans lequel il prend en compte ses résonances contre-transférentielles intimes et prête assistance en favorisant chez le patient une meilleure respiration psychique. La relation vive qui constitue l'alliance thérapeutique s'étaie sur la recherche d'authenticité, de cohérence et de consistance. Elle se fonde sur l'exigence de qualité et sur le besoin de signification, sur la recherche du lien et sur la construction de sens.

Chapitre 7

LE TEMPS EN PSYCHOTHÉRAPIE

CHACUN vit quotidiennement en fonction du temps « objectif » déterminé par le monde extérieur. La vie concrète repose en très grande partie sur ce temps quantifié à l'intérieur duquel se déploient les activités. Pour gouverner ce rapport à un temps vécu comme inéluctable, des systèmes de pensée et de gestion ont vu le jour, systèmes qui ne sont que des commodités artificielles, des techniques opératoires : par exemple le déplacement d'une aiguille sur un cadran ou l'écoulement du contenu d'un sablier. Engagés dans leurs activités, les hommes sont parfois portés à considérer cette conception du temps et les techniques qui en dépendent comme fondées en réalité, oubliant se faisant leur nature conventionnelle.

Toutefois ces mêmes hommes se déplacent régulièrement du temps externe au temps subjectif. Et il suffit d'un événement (une insomnie, un deuil, une journée libre non prévue, une séance d'analyse...) pour pointer la facticité de notre rapport habituel au temps social et mieux saisir la plus ou moins grande labilité de notre temps vécu.

Comme toute activité humaine, les psychothérapies s'inscrivent dans la temporalité. Et l'identification du temps vécu par le patient, ses modifications et parfois son altération, sont partie constituante de la situation clinique. Ce peut être par exemple le refus du délai, l'imaginaire puissance du *tout tout de suite* et donc la difficulté d'accéder au temps progressif de la construction, comme dans la phase maniaque avec son temps accéléré : le maniaque « anticipe l'avenir sans appui dans le passé, un passé instantanément dépassé, sans qu'on soit passé par lui » alors qu'au contraire le mélancolique est « tourné vers le passé, absorbé par

lui, sans ouverture à l'avenir » (H. Maldiney, *Penser l'homme et la folie*). Ce peut être aussi le rapport au calme, considéré par certains comme morne et ennuyeux ; ce peut être encore le temps vécu comme emprisonnant, fondamentalement aliénant. Et bien d'autres modalités d'inscription temporelle plus ou moins conscientes et fluctuantes : se spécifient par exemple le volume du temps vécu (son rétrécissement ou son élargissement), sa négation ou son affirmation, son découpage, sa dynamique, la douleur, le plaisir ou la neutralité de sa perception... La difficulté à intégrer le temps de soi ou à supporter le temps de l'autre s'accompagne souvent du télescopage de temps différents.

Les projets psychothérapeutiques de trouver ou retrouver la capacité de s'aimer, d'aimer la vie et d'avoir des buts ne passent pas seulement par la parole, par les expériences émotionnelles intenses et par l'intérêt affectueux d'autrui mais aussi par la continuité durable des soins. Du point de vue de cette durée, le processus évolutif pourrait être décrit en trois étapes : le temps pour exprimer, le temps pour comprendre, le temps pour intégrer, auquel s'ajoutera éventuellement le temps pour dépasser. En fait, ces modalités d'exploitation et d'inscription du temps s'amalgament dans le processus de changement qui n'est jamais linéaire – les éléments involutifs et évolutifs y alternent ou s'y côtoient – et qui, dans la réalité, apparaît rarement court.

LA CONSCIENCE DU TEMPS ET LE TEMPS DE LA CONSCIENCE

Le temps de la conscience diffère du temps des horloges, en cela que le vécu subjectif se distingue généralement des données objectives. Le temps est vécu différemment selon l'humeur, le degré d'ennui ou de plaisir éprouvé. Le bonheur, disait une patiente, c'est quand on ne voit pas le temps passer... Selon les âges de la vie, il pourra prendre aussi une teinte particulière, sans que l'on puisse arbitrairement indiquer laquelle, tant les différences entre les personnes et entre les moments sont vastes et non formalisables.

C'est la psychologie génétique, en particulier avec Piaget, qui a le mieux exploré les modalités d'acquisition et d'articulation des conduites impliquées dans le maniement du temps. Ces travaux (voir notamment Piaget, 1957, ou plus généralement Fraisse et Piaget, 1963) indiquent que les premiers rudiments de l'expérience du temps sont :

- les biorythmes tels les battements du cœur (dès la vie intra-utérine), l'alternance de l'inspire et de l'expire dans la respiration, celle de la veille et du sommeil ou le processus d'ingestion de nourriture, de digestion et d'éjection. La vie s'exprime ainsi par des cycles dont chaque phase fait attendre la suivante et dont chaque aboutissement crée une tension vers son renouvellement ;

- les rythmes externes, qu'ils soient cosmiques comme l'alternance entre le jour et la nuit, ou sociaux comme l'organisation planifiée de la toilette et des repas. Ils donnent le sentiment d'une universalité de telles successions ;
- l'observation du déplacement d'objets dans l'espace, à des vitesses variables, ou du vieillissement d'éléments inertes, favorise aussi la prise de conscience d'un avant et d'un après, et donc d'une temporalité à l'œuvre sur toute chose. On passe ainsi du temps intuitif à des opérations temporelles objectivantes : les événements sont sériés selon leur succession, les durées font l'objet de partitions, de découpages d'intervalles plus ou moins longs, et d'emboîtements de ces intervalles ;
- la découverte d'un intervalle entre un désir et sa satisfaction. Cette attente joue également un rôle important dans la constitution de ce qui deviendra une pensée.

La succession vécue va permettre la constitution progressive de chaînes associatives mémorisées dont chaque élément peut amener à la conscience la chaîne entière, ou d'autres enchaînements dont cet élément serait également une part constituante. Ces successions perçues puis partiellement mentalisées vont donner accès au temps objectif, celui du monde, ainsi qu'à la temporalité, c'est-à-dire le temps subjectif.

La temporalité

La temporalité est l'unité dans la conscience du passé, du présent et du futur. Elle se différencie du temps comme la coexistence se distingue de la succession. C'est en fait à la continuité temporelle que nous sommes confrontés même si nous sommes amenés à des subdivisions démonstratives. Ainsi pour saint Augustin, « il y a trois temps : le présent du passé, le présent du présent, le présent du futur¹ ». Mais, ce temps présent, « comment pouvons-nous déclarer qu'il est, lui qui ne peut être qu'en cessant d'être ? Si bien que ce qui nous autorise à affirmer que le temps est, c'est qu'il tend à n'être plus² ». Toutefois, sur la base d'une même interrogation, pourrait être vécu et affirmé exactement le contraire, comme le fait Comte-Sponville :

« Le présent ne cesse jamais, ne s'interrompt jamais, si bien que ce qui nous autorise à affirmer que le temps est, c'est qu'il ne cesse de se maintenir » (Comte-Sponville, 1999, p. 42).

Le point commun aux différentes réflexions sur le temps est toutefois la reconnaissance de la primauté du présent vécu. C'est un fait d'observation, une réalité. Ce qui va différer selon les auteurs et plus encore selon les personnes est la façon dont ce fait va être élaboré et traduit dans des

1. *Confessions*, XI, 14, Paris, Garnier-Flammarion, 1964, p. 20.

2. *Idem*, p. 14.

modes de penser et d'exister. Ainsi, la gestalt-thérapie, « thérapie de l'ici et maintenant », prône-t-elle le vécu du présent comme une des finalités mêmes de la psychothérapie. Toutefois cette primauté du présent ne devrait valider aucunement l'ignorance du passé ou le désintérêt vis-à-vis de l'avenir. Car vivre au présent, ce n'est pas vivre dans l'instant. Le présent dure, contrairement à l'instant, et l'inscription du vécu actuel dans une trajectoire temporelle reste bien une nécessité de l'existence en général et du processus thérapeutique en particulier.

Du point de vue de son inscription temporelle on peut dire de l'individu qu'il est ce qu'il est mais aussi ce qu'il était et ce qu'il sera. Il est ce qu'il est car il est son corps et son psychisme actuels et cette matérialité de son existence est sa présence au monde, sa présence au présent. Son présent a ceci de paradoxal qu'il est à la fois éphémère et persistant. Le temps présent tel qu'il le vit, ce temps qui est sa vie même, traduit son appartenance au monde réel qui l'enveloppe et le tient. C'est la « fonction hébergeante » du temps (Heidegger).

Mais il est aussi ce qu'il était car le passé a laissé en lui ses traces indélébiles, certaines structurantes, d'autres fragilisantes. Le passé s'est sédimenté dans le présent et y a stocké des déterminations de toutes sortes. Il ne subsiste pas seulement dans la pensée, c'est-à-dire comme objet incorporel, il se maintient aussi dans les structures affectivo-corporelles, comme le montre fort bien la bioénergie par exemple. L'organisation psychique ne va pas sans une cuirasse musculaire et notamment la contraction chronique de certaines zones musculaires comme pendant corporel à la répression des pulsions et des émotions. Les propositions thérapeutiques d'enracinement, de respiration consciente et amplifiée, de mobilisation énergétique ou d'expression émotionnelle font souvent surgir des images et des pensées inattendues pour le patient, ce qui valide ces méthodes comme approches psychocorporelles du monde inconscient.

Il est ce qu'il sera car l'anticipation consciente ou non de son avenir se trouve au cœur même de son actualité. Sans devenir, l'être humain ne serait pas connaissable. Ce qu'il pense et fait maintenant ou aujourd'hui dépend pour beaucoup de ce qu'il veut être demain. De ce point de vue, nous avons souvent à reconnaître dans le patient un handicapé de l'anticipation et de l'innovation, un infirme de l'avenir. Il vit replié sur son passé par incapacité à s'élancer au-devant de lui-même, comme chez cet auteur qui, dans son livre autobiographique, écrit : « C'est très douloureux de dire : demain. Bizarre, je suis amputée du futur¹. » Dans le cadre de la psychothérapie, le mouvement du patient, que ce mouvement soit psychique, émotionnel, corporel ou mieux intégral, va donner de l'épaisseur à l'instant en l'articulant à un devenir vécu comme potentiellement novateur car délié des traumatismes du passé. Ce présent en mouvement est une ouverture sur les possibles, c'est-à-dire sur ce qui reste ouvert car

1. J. de Segonzac, *Le Délire et le Deuil*, Paris, Calmann-Lévy.

indéterminé. C'est en cela que le présent est capable « d'interrompre l'histoire¹ », c'est en cela qu'il est « le temps des initiatives² ».

De même que les tensions et les plaisirs du passé sont maintenus vifs dans la structure actuelle de l'individu, de même les peurs et les espoirs liés au futur sont incarnés dans son édifice psycho-émotionnel. C'est dans l'ici et maintenant qu'il reconstitue sans cesse les dimensions rétrospectives et prospectives de ses pensées et de ses conduites.

Claire et la douleur du temps

Claire se présente comme une femme frêle, malmenée par la vie. Exister est pour elle un véritable labeur. Elle compte les heures et les jours, et s'avère effarée du nombre d'années qu'il lui reste à vivre. Elle a quarante-cinq ans et regrette amèrement que l'espérance de vie ce soit tant accrue lors du siècle dernier. Les séances psychothérapeutiques sont marquées par cette plainte récurrente à propos de la longueur des jours et de la longueur des êtres.

Cette pesanteur du temps est celle de soi. L'ennui qui marque sa vie est une souffrance à la fois familière et énigmatique, présente dans une diversité d'expériences quotidiennes, que ce soit vis-à-vis des objets de son environnement matériel ou des personnes de son entourage humain, les premiers et les seconds apparaissant finalement peu différenciés. Sa réalité psychique semble gelée. Le désintérêt douloureux vis-à-vis du monde sont suivies d'un arrêt du processus d'échanges dynamiques avec l'extérieur ; ces ruptures régulières sont suivies toutefois de reprises, quotidiennes certes mais provisoires car labiles. C'est ainsi que depuis qu'elle a quitté la maison familiale, dont l'ambiance était déjà marquée par la monotonie, elle vit seule, sans espoir d'une modification de cette situation, même si sa démarche thérapeutique indique toutefois une telle attente. De la souffrance à l'indifférence, du refus au dégoût, les variations affectives de l'ennui indiquent chez elle une protestation impuissante devant le manque d'une qualité de vie. Il s'agit moins de l'absence de désir que de son indétermination. De ce point de vue, l'attitude de Claire exprime une énigme, celle constituée par l'impossibilité à trouver un lieu et une relation où elle puisse fixer son désir : « *L'ennui est l'épreuve plus ou moins douloureuse de l'impression de temps long, immobilisation introductrice d'un vide à soi-même et à l'environnement, telle que la rupture des liens qu'elle suppose paraît s'y mettre en scène comme un espace blanc, un silence qui rend présente la mort dans la vie* » (Huguet, 1987, p. 17).

Les séances de thérapie sont souvent accablantes, le discours se traîne, la plainte est constante. Force est de constater l'impossibilité de cette femme à se dégager d'objets psychiques devenus choses mortes. Toutefois, le thérapeute n'a pas à faire face à la seule baisse de l'élan vital. La plainte atteste aussi d'une réclamation, elle obéit à ce double mouvement

1. F. Nietzsche, préface à la seconde des « Considérations inactuelles », Paris, Aubier, 1965.

2. P. Ricœur, *Temps et récit*, Paris, Le Seuil, 1985, III, p. 459.

d'anéantissement et d'accrochage. Il s'agit au fond de la régulation d'une impasse. L'ennui a ici un statut de révolte manquée, sa verbalisation faisant cesser plus ou moins durablement l'impression d'égarement et d'inutilité.

L'impression clinique est celle d'un grippage de la relation à l'objet, grippage l'ayant menée de l'impossibilité à trouver un objet adéquat à celle où aucun objet n'est possible. Intervient un mouvement dialectique entre investissement et désinvestissement, aboutissant à une impossibilité réciproque d'achèvement. Tout se passe comme si deux mouvements de force égale se rencontraient et annulaient leurs effets, Claire cherchant en vain un point de fixation. Le silence que sa présence instaure, par exemple en situation groupale, vaut comme défense contre un traumatisme, une forme d'anesthésie de la douleur. Il masque et marque la blessure vécue, qui ici est la perte soudaine et dramatique d'un parent quand la patiente avait quatre ans. La douleur du temps accompagnait depuis l'impossible travail du deuil. Claire n'a pu sortir du sentiment de perte et de l'ennui qui en exprimait la pérennité que lorsque l'objet perdu est mort à nouveau dans le temps et l'espace thérapeutiques. La répétition quotidienne de l'ennui avait finalement un pouvoir de conjuration face à l'angoisse de mort. C'était une manière de tenir en attendant un étayage au moins aussi stable, aussi solide, mais en plus vivant et vitalisant, appui qu'a représenté le praticien pendant les six années du processus évolutif. Claire est redevenue capable d'investir la vie comme mouvement et comme vibration ; et le temps, qu'elle percevait arrêté, s'est remis à couler.

Après-coup et répétition

Le temps qui sépare et relie les diverses expériences du passé puis ces événements et leur éventuel récit dans l'actualité de la séance établit une perspective et un relief favorables à l'inscription de cet ensemble plus ou moins chaotique dans une temporalité globalement consciente. Car le travail thérapeutique vise les prises de conscience et notamment l'ordonancement des données de la biographie, et la révision de leurs rapports et de leurs significations. Bien sûr ce déplacement vers la conscience ne saurait être que partiel.

Une dimension centrale de l'investigation thérapeutique de l'histoire du patient est la prise en compte du phénomène d'*après-coup*. L'*après-coup* se définit comme suit :

« Des expériences, des impressions, des traces mnésiques sont remaniées ultérieurement en fonction d'expériences nouvelles, de l'accès à un autre degré de développement. Elles peuvent alors se voir conférer, en même temps qu'un nouveau sens, une efficacité psychique. » (Laplanche et Pontalis, 7^e éd. 1981, p. 33)

La notion interdit donc une interprétation sommaire qui réduirait la conception de l'histoire du sujet à un déterminisme linéaire envisageant

seulement l'action du passé sur le présent. C'est en fait le remaniement après-coup qui confère aux événements passés un sens et même une efficacité existentielle ou un pouvoir pathogène. Ainsi « la conscience constitue son passé, en remanie constamment le sens, en fonction de son projet » (Laplanche et Pontalis, 7^e éd. 1981, p. 33).

C'est pourquoi il faut prendre de la distance vis-à-vis de ce qui s'énonce parfois à propos de la linéarité de l'histoire individuelle et notamment de l'enchaînement et de la prévalence des premières étapes du développement de l'enfant et du patient. Le plus primitif n'est pas systématiquement le plus profond (comme l'a remarqué le clinicien Winnicott, 1970, p. 73-79). Ce qui est premier n'est pas nécessairement ce qui est le plus important (comme le confirme André Green, 1990, p. 225). La fascination qu'exerce pourtant l'archaïque est souvent évidente en psychothérapie, et plus particulièrement dans les développements de la psychanalyse kleinienne ou dans des pratiques très régressives telles la *rebirth*-thérapie. Melanie Klein soutenait en effet que ce qui se rattache au passé le plus ancien est forcément le plus déterminant pour la psyché. Plus prudent, Freud remarquait que ce n'est pas en repérant l'endroit où un feu s'est déclaré et en éteignant ce seul foyer qu'on maîtrise le sinistre. Il est peu contestable que le psychisme et le corps sont marqués de façon parfois souveraine par les premières étapes de la vie. Il est par contre plus discutable d'une part que l'on puisse atteindre directement ces zones primaires et d'autre part que cela soit nécessaire. Car le sens de l'histoire individuelle n'est pas à reconstruire mais à construire. La mémoire étant activement transformatrice, « le temps où ça se passe n'est pas le temps où ça se signifie » (Green, 1970).

Les expressions des patients, même si l'on considère les structures cliniques caractérisées par des points de fixation archaïques, sont généralement des dérivés remaniés et non les témoins fidèles de l'histoire première. Ce qui nous parvient n'est probablement pas le reflet exact de ce qui s'est objectivement passé mais le résultat de transformations qui se sont opérées aux différentes étapes du développement de la personne. L'archaïque est à l'œuvre, il ne s'agit pas de le nier. Mais l'espoir thérapeutique de l'atteindre directement à des fins de restauration et de (re)structuration doit être tempéré par la reconnaissance des reprises après-coup qui l'ont lié de manière complexe à l'ensemble du fonctionnement de l'individu. On perçoit l'archaïque malgré les remparts, ou on le devine grâce aux remparts, qui se sont dressés pour s'en protéger ou pour le protéger. Même sous la maturité, il perce encore. Mais c'est le plus souvent de manière indirecte que nous en prenons la mesure : c'est surtout par la compulsion de répétition et par les résistances au changement que nous percevons la pression qu'il exerce sur nos psychismes et nos conduites.

Claire et la couleur du temps

On a dit pour Claire la grisaille du temps vécu, sa longueur et sa pesanteur. La stratégie psychothérapique a tout d'abord été de l'inviter à exprimer le plus honnêtement possible la singularité de son existence, de son histoire infantile, son rapport subjectif aux personnages et aux événements familiaux, ses histoires affectives, sa trajectoire professionnelle, ses goûts et ses dégoûts, etc. Puis, face à son marasme et à son désespoir, il devint nécessaire de la tirer vers l'avant et vers le haut via des propositions activatrices. Dans son cas, outre l'attitude accueillante et vitalisante de son accompagnateur, il s'est agi de médiations thérapeutiques, en l'occurrence le psychodrame dans un cadre groupal mais aussi le dessin en séances individuelles, propositions qui s'avérèrent d'une part adaptées à ses besoins mais aussi acceptables par elle, tenant compte de son style et de ses résistances. Par exemple, les travaux d'expression émotionnelle intense qui lui ont à une période été proposés se sont avérés décevants car jamais elle n'a voulu ou pu s'y impliquer vraiment, ce qui donnait à ces situations une aura de facticité et d'inutilité particulièrement pénible et désarmante pour les personnes présentes, à commencer par le psychothérapeute. Il en fut de même pour la possibilité de danser qui lui fut offerte en situation thérapeutique groupale, proposition qui, au lieu de l'animer physiquement et psychiquement, n'éveilla chez elle que stupeur et sarcasme. Deux exemples concrets viendront illustrer comment s'est travaillé l'après-coup dans cette thérapie et comment se sont effectués les passages de l'inertie au mouvement et de la douleur du temps à la couleur de la vie.

Le premier exemple concerne une situation de groupe thérapeutique se réunissant une soirée tous les quinze jours et auquel CLAIRE a participé pendant deux ans, entre sa deuxième et sa quatrième année de psychothérapie. Ce soir-là un autre patient abordait le thème du conflit familial. Il racontait que les repas du soir étaient particulièrement chargés en tensions, les parents se disputant beaucoup alors que les enfants étaient condamnés au silence, la télévision toujours allumée donnant le fond sonore de cette ambiance pénible. Il fut décidé de jouer la scène et le thérapeute proposa à Claire de prendre le rôle d'une des sœurs du patient, ce qu'elle accepta. Le rôle était relativement simple puisqu'il s'agissait d'être présente à table, de se taire et d'afficher une moue de désarroi. Claire s'en acquitta fort bien et put raconter ensuite combien elle avait intérieurement fulminé pendant cette séquence car sa propre ambiance familiale pendant son enfance ressemblait beaucoup à celle qui avait été jouée ; à ces différences près qu'il ne s'agissait pas de sa mère (morte lorsqu'elle avait quatre ans) mais de la seconde femme de son père et qu'étant enfant unique elle n'avait pas la possibilité de partager avec une fratrie les tensions et les émotions liées à cette situation. Il fut alors proposé de rejouer la scène d'une part en l'adaptant à son contexte propre et d'autre part en lui donnant la possibilité d'extérioriser son vécu, contrairement à ce qu'elle avait dû faire pendant la scène précédente mais aussi et surtout pendant son enfance.

Pendant les premières minutes, on la vit désespérée, bouillonnant intérieurement mais en grande difficulté pour pouvoir exprimer quoi que ce soit jusqu'à ce que la personne qui jouait la belle-mère lui dise sur un ton mielleux et exaspérant : « Tu re-veux de la soupe ma chérie ? » Cette intervention entraîna chez Claire une explosion de rage et un déferlement de critiques et d'injures qui la laissèrent surprise mais aussi soulagée et visiblement vitalisée. Elle reconnut l'importance de son inhibition à dire sa souffrance et sa rage, et fit ce jour-là l'expérience libératrice d'une expression accueillie de sa hargne retenue. Elle refit plusieurs fois dans les mois qui suivirent de telles expériences dans le cadre thérapeutique groupal, ce qui facilita le relâchement des nœuds qui l'étouffaient physiquement et psychologiquement.

Ce relâchement eut entre autres effets bénéfiques de la rendre moins résistante à l'analyse de son parcours. Purent être abordés de manière plus directe la mort de sa mère ainsi que l'effondrement et l'hébétéude qui en furent les conséquences à cette période et qui continuèrent d'imprégner sa vie. Les étapes préalables à ce traumatisme ne furent pas contactées spécifiquement même si bien évidemment elles ne manquèrent pas d'influencer l'ensemble du processus. Les souvenirs flous liés à la période qui suivit le décès maternel étaient, on s'en doute, très chargés émotionnellement, le vécu de perte et l'impossibilité à mentaliser celle-ci se mêlant à une grande méfiance vis-à-vis du monde adulte en général et du lien d'attachement en particulier. Sa solitude d'adulte apparut comme le plus sûr moyen qu'elle avait trouvé pour se mettre à l'abri de la reproduction d'un tel traumatisme, répétition dont elle était certaine qu'elle la tuerait. Son histoire put ainsi être revisitée dans plusieurs de ces temps forts ainsi que dans sa trame globale. Le scénario préconscient qui dirigeait sa trajectoire existentielle était que sa mère était seulement disparue et qu'elle pouvait réapparaître à chaque moment. Sa vie entière était consacrée à cette attente. C'est un long travail de deuil qui s'est alors enclenché, cette patiente passant des séances entières à appeler sa maman tout en sanglotant d'une manière fort émouvante et parfois inquiétante. Elle était véritablement désespérée et sa vie pendant plusieurs mois apparut encore plus vide qu'avant. Puis le travail de reconstruction porta ses fruits, les éléments vitaux tels le désir faisant leur apparition.

Le second exemple en est un indicateur. Il s'inscrit dans le travail individuel qui pour cette patiente a duré six ans. Pendant une période, l'enfermement et le désespoir de CLAIRE étaient tels que les relances verbales étaient non seulement insuffisantes mais renforçaient de toute évidence sa douleur de ne pouvoir y répondre. Le thérapeute lui proposa alors d'effectuer un dessin en commun. Comme elle semblait d'accord sans pouvoir cependant l'exprimer, le praticien alla chercher une feuille de papier et des crayons de couleur et s'installa près de la patiente en lui laissant l'opportunité de commencer. Ce qu'elle fit en dessinant un animal qu'elle nomma à voix haute comme étant sa chatte. L'heure n'étant pas à l'interprétation mais à la création libre, le praticien se garda bien de tout commentaire d'autant

plus que se posait la question suivante : s'agit-il d'un dessin d'enfant ou de celui d'une femme adulte ? À quel niveau fallait-il intervenir ? Prudent, il poursuivit le dessin avec Claire dans une ambiance qui s'avéra plutôt détendue et agréable. La thématique sexuelle apparut de plus en plus clairement dans le dessin ainsi que dans les échanges verbaux.

Les séances suivantes permirent son déploiement et son élaboration. Claire était confrontée sur ce sujet à des questionnements infantiles restés sans réponse, le père et la belle-mère ayant un discours plutôt allusif, trivial et rarement informatif. Elle était également en proie à des désirs génitaux dont elle ne savait que faire, sa stratégie habituelle étant d'essayer de les contrôler par des contractions musculaires et une évacuation mentale. Claire comprit combien la sexualité, comme l'agressivité dans l'exemple précédent, était verrouillée en elle et dans sa vie et à quel point le fait de communiquer des éléments de son vécu sur ce thème la soulageait d'un ennui écrasant et d'une angoisse tout aussi pesante.

C'est finalement tout un travail d'actualisation, de conscientisation et d'élaboration de son histoire infantile et notamment des conséquences du trauma évoqué que la psychothérapie a favorisé et notamment à travers les médiations proposées qui furent très facilitantes pour aborder la vie pulsionnelle et fantasmatique. La seule expression verbale s'avérait, au début du moins, incapable de faire émerger les éléments de son vécu et le processus d'investigation s'en trouvait bloqué. Le psychodrame et le dessin, dans le cadre de l'alliance de travail avec son psychothérapeute, ont permis que se colorise sa conception d'elle-même et de son temps de vie. Car le réchauffement et la mise en mouvement des thèmes pulsionnels, qui étaient gelés et figés, entraînèrent une modification flagrante de son rapport au temps. Temps des séances mais aussi temps vécu en dehors des séances, temps de vie qui présentèrent une fluidité et un relief jusqu'alors considérés par Claire comme réservés aux autres. Le processus psychothérapique se confirme ici comme mise en sens et mise en mouvement mais aussi comme mise en temporalité, c'est-à-dire conscientisation et appropriation par le patient de la réalité temporelle de son existence.

LES MODALITÉS TEMPORELLES DE LA PSYCHOTHÉRAPIE

Le processus est l'ensemble des phénomènes agissant pendant le temps de la thérapie et qui continuent leur œuvre ensuite. Il se déroule rarement selon une progression continue mais plutôt par réaménagements successifs. Ce que le praticien doit être capable de faire, c'est de « coopérer en suivant un processus qui chez chaque patient se déroule à l'allure qui lui est propre, en suivant un cours personnel » (Winnicott, 1957, p. 131). Le processus psychothérapique va notamment être vectorisé par la mentalisation, par les conditions de son incarnation et de son efficacité. Le rythme fait partie des prérequis de cette capacité à métaboliser et à élaborer les expériences vécues. Les trois modalités temporelles du

cadre, à savoir la durée du traitement, la fréquence des séances et la durée de chacune d'elles sont donc à interroger.

Durée des séances

De quelques minutes à deux heures, les séances de psychothérapie peuvent être de durées très variables selon les praticiens, les visées qu'ils se donnent et les méthodes pour lesquelles ils ont opté, le temps de quarante-cinq minutes pouvant être considéré comme une durée moyenne. Par exemple une séance de psychanalyse lacanienne peut s'achever au bout de quinze minutes, le patient ayant dit quelque chose de signifiant que le clinicien espère pointer et inscrire en stoppant la rencontre. Ce qui est probablement cohérent vis-à-vis de la théorie de référence et plus encore vis-à-vis de la pratique du maître concerné. Par contre une séance de psychodrame ou de thérapie émotionnelle ne saurait être interrompue si vite, le patient venant à peine de quitter la phase de préparation.

C'est en fait le cadre interne du praticien qui influence le plus ce choix, plus particulièrement ses références théoriques principales et plus encore ses expériences thérapeutiques personnelles. Chacun a tendance en effet à reproduire plus ou moins fidèlement ce qui l'a marqué pendant son propre parcours. De ce point de vue, il n'est pas possible d'indiquer si une durée est meilleure qu'une autre. Nous pouvons seulement insister sur sa nécessaire adéquation aux buts recherchés, buts qui, nous l'avons vu, varient selon les praticiens et selon les écoles.

Cependant, il faut insister encore plus sur la nécessité de ne pas imposer aux patients des contraintes qui relèveraient plus d'une obéissance théorique, voire de la recherche d'un gain de temps et d'argent (les séances courtes permettant de recevoir plus de patients) que d'une nécessité clinique. Les trois phases principales que nous avons évoquées à propos du processus global de la psychothérapie, à savoir exprimer, élaborer et intégrer, sont aussi à considérer à l'intérieur de chaque séance. Celle-ci ne peut donc être exagérément réduite sans que soit au moins sacrifiée la deuxième ou la troisième étape. Elle ne sera pas non plus inutilement allongée car le patient, s'il a suivi ce processus sur une problématique spécifique, sera rarement en capacité mentale de le reproduire à propos d'un autre thème à l'intérieur d'une même séance.

Fréquence des séances

La rythmicité des expériences est une condition du développement psychique. La répétition rythmée des expériences de satisfaction et de frustration va servir d'étayage au développement mental et conditionner en partie la qualité de celui-ci. D. Marcelli (1986) a montré que le facteur « temps » permet la liaison entre l'activité perceptivo-sensorielle et la pensée symbolique. La première activité de pensée indépendante

d'une activation perceptivo-sensorielle concernerait la succession temporelle et pourrait de manière simple se formuler ainsi « après ça, y'aura autre chose ». Ce n'est qu'ensuite que le bébé accèderait à la figurabilité des expériences éprouvées. Cette répétition et cette rythmicité des expériences conditionnent donc leur prévisibilité et se conjuguent avec la capacité d'attention. Celle-ci favorise la création de liens entre les expériences. La conjugaison de la prévisibilité et de l'attention détermine aussi la capacité d'anticipation nécessaire à la pensée en général et plus spécifiquement à une pensée sur le temps. Marcelli ajoute :

« La pensée symbolique ne trouve pas plus son origine dans l'absence de l'objet (source de satisfaction du besoin) que dans la présence de cet objet. C'est dans l'alternance des présences-absences, leurs répétitions régulières, dans l'entre-deux de cette présence-absence, qu'elle surgira » (1986, p. 82).

En psychothérapie, la durée et le rythme des séances ainsi que la ritualisation des échanges vont influencer le processus évolutif. Trouver avec chacun le rythme optimal des échanges est un des enjeux des premiers entretiens. La solution habituelle consiste trop souvent à proposer le même rythme à tous. Si cette habitude est commode, elle ne semble pas la plus subtile ni la plus thérapeutique. En effet le bon rythme pour l'un (par exemple une séance d'une heure chaque semaine) peut être vécu comme insuffisant par un autre pour qui cette situation confirme que le thérapeute, objet d'attachement, est trop absent, inatteignable et par suite que le monde est décidément désespérant, comme cela était envisagé avant d'entamer la psychothérapie. Avec celui-là, deux séances hebdomadaires d'une demi-heure pourraient apparaître comme un rythme plus judicieux. Un rythme trop rapide peut également s'avérer néfaste, le patient se sentant dépossédé, vidé, alors que dans un rythme trop lent, l'expérience perd son sens et sa valeur :

« La continuité psychique est non pas une donnée mais une œuvre [...] Pour bien connaître ou utiliser le temps, il faut activer le rythme de la création et de la destruction, de l'œuvre et du repos. » (Bachelard, 1950)

Le rythme suffisamment bon est celui qui n'entraîne ni vécu d'intrusion ni sentiment de perte. C'est pourquoi la fréquence choisie en début de psychothérapie pourra judicieusement être modifiée selon l'évolution du patient à travers le processus d'élucidation de son monde interne et de dégagement de ses impasses existentielles. En ce qui concerne Claire, le rythme initial était lent puisque le praticien l'a reçue une fois tous les quinze jours pendant la première année, pour une séance de trois quarts d'heure. C'est la patiente qui demanda ce rythme en mettant en avant ses difficultés financières et le coût élevé des séances. Le praticien accepta tout en ressentant la grande méfiance de Claire. La mise en avant des éléments financiers, dont la réalité doit aussi être entendue, exprimaient sa

peur de s'engager dans un processus dont elle pressentait probablement qu'il l'entraînerait dans des zones inquiétantes d'elle-même. Quand ce fut le cas, le rythme passa à une séance hebdomadaire, toujours de trois quarts d'heure mais à un coût diminué, rythme qui resta ainsi pendant quatre ans. Puis ce furent à nouveau deux séances par mois pendant quelques mois puis une séance mensuelle pendant quelques mois. Enfin, il fut décidé en commun de mettre un terme à cette psychothérapie, la patiente ayant toutefois la possibilité de revenir si les événements de vie la bousculaient trop ou si, plus simplement, elle en ressentait le besoin.

Durée du processus

Le temps global de la psychothérapie est lui aussi sujet à d'énormes différences. Il est généralement indécidable à l'avance, ce qui ne signifie pas qu'il serait hors temporalité mais qu'il sera à la mesure du patient, de sa problématique, de sa demande de soins, de l'évolution de celle-ci ainsi que des habitudes en la matière du professionnel consulté. Le souhait d'instaurer une situation psychothérapique globalement standardisée est tempéré par la nécessité de prendre en compte le temps propre du thérapeute. Il existe des thérapies dans lesquelles le cadre temporel « couine », les éléments temporels étant l'objet de plaintes relatives à la trop grande brièveté ou longueur des séances, au rythme trop rapproché ou au contraire trop éloigné des rendez-vous, à la durée indéfinie et infinie du processus. Ces plaintes désignent l'existence d'une zone psychique malmenée, parfois traumatisée, dans la mise en rythme des interactions précoces du patient-bébé avec son entourage premier. Un vécu ancien de dysrythmie s'actualise alors, ce qui est l'occasion d'une élucidation des éléments en cause et d'un accordage affiné des protagonistes dans l'organisation temporelle du processus : allonger ou réduire les séances, du moins certaines d'entre elles, modifier l'espace-temps des rendez-vous, proposer des séances supplémentaires ponctuelles, etc. Les points d'accroche temporelle deviennent des points d'approche d'éléments prégnants.

La durée globale d'une psychothérapie variant donc considérablement se pose la question du rapport entre cette durée et l'importance, la profondeur et la stabilité des changements obtenus. Par exemple les thérapies brèves seraient-elles plus intenses mais aussi plus superficielles que les thérapies longues ? Leurs effets sont-ils eux aussi plus brefs ? Rappelons que la formule « thérapies brèves » recouvre une large variété de techniques qui peuvent être basées sur le comportementalisme, le cognitivisme, les approches systémiques ou la suggestion hypnotique mais qui peuvent également être d'inspiration psychanalytique. Elles ont en commun le souci d'être efficaces et temporellement limitées. Quant aux thérapies longues, les plus fréquentes, ne favorisent-elles pas du fait même de leur étendue temporelle la répétition plutôt que le changement ? la routine et la somnolence plutôt que l'innovation et le réveil ? La singularité de chaque situation ne permet pas de donner une réponse

définitive et systématisée à ces questions cruciales sur l'importance du facteur temps dans le processus psychothérapique. Confirmons toutefois qu'un temps suffisamment long est nécessaire à la mise en place et au déploiement du processus psychothérapique, dont les visées sont l'élucidation et l'émancipation, processus qui nécessite donc le plus souvent plusieurs années d'implication.

CONCLUSION

Le temps est à la fois une forme de notre subjectivité et une dimension objective de l'être. Sa double qualité paradoxale de présence et de fuite permanentes en fait un objet de fantasmes inépuisables. Si de nombreuses représentations plus ou moins imaginaires du temps ont vu le jour, n'oublions pas que « dans sa subtile et mystérieuse réalité, il ne ressemble pas davantage aux images que nous nous donnons de lui que ne ressemble à Dieu le vieillard barbu assis sur un nuage que nous a rendu familier l'iconographie chrétienne » (Sutter, 1983, p. 48). Il importe de ne pas nous laisser emprisonner par les artifices utilisés pour nous permettre de vivre le temps. Nous ne pouvons fuir celui-ci, ni même en sortir. Nous pourrions tout au plus tenter de lui résister mais c'est peine perdue. Il s'agit plutôt de l'habiter (Chesneaux, 1996) en évitant que nos temporalités ne soient trop malmenées par des choix de vie contraires à nos besoins primordiaux. Tous les blancs ont une montre, dit une expression africaine, mais ils n'ont jamais le temps...

Bien sûr, habiter le temps ne s'effectue pas sans tensions. Le processus psychothérapique se formera aussi autour de ces tensions et d'un jeu lui-même hésitant et mouvant entre les tendances régressives et les besoins évolutifs de chacun (comme le chapitre 11 va le préciser).

PARTIE 3

PROCESSUS

Nous avons souligné l'importance des dispositifs mis en œuvre en psychothérapie. Ces dispositifs ne sont pas de simples contextes, mais orientent profondément les processus qu'ils impulsent.

Au cœur de ces processus, nous avons insisté plusieurs fois sur la dimension essentielle de la relation. Elle peut être appréhendée à plusieurs niveaux :

- au niveau du *transfert* et du *contre-transfert* qui opèrent sous le signe de la répétition mais favorisent en même temps son dégagement ;
- au niveau de l'*alliance de travail* fondée sur un sentiment partagé de confiance, de sécurité et de coopération. Y concourent aussi les aptitudes du praticien : attention, sens de l'observation, empathie et compréhension (aptitudes que Carl Rogers a particulièrement contribué à mettre en lumière) ;
- au niveau de la *relation* et de la *communication interpersonnelle* qui se déploient dans l'ici et maintenant. S'y actualisent les précédents niveaux, mais aussi les aspects intersubjectifs de toute relation humaine qui impliquent le patient comme le thérapeute.

Dans cette partie, nous nous centrerons sur la communication thérapeutique qui passe par la parole, mais autant par l'expression corporelle et émotionnelle et par le comportement (chap. 8 et 9).

Nous accorderons une attention particulière aux résistances et à leur maniement, résistances qui sont celles du patient mais aussi, quelquefois, celles du thérapeute (chap. 10).

Nous distinguerons ensuite deux orientations fondamentales dans le processus thérapeutique : l'une tournée vers la régression et l'autre vers la progression. Il s'agit moins de les opposer que de déterminer les indications de chacune et comment elles interviennent dans le déroulement de la thérapie (chap. 11).

Nous traiterons encore d'une problématique importante aujourd'hui : la part prise dans le travail thérapeutique par l'abord des conflits pulsionnels d'une part, et par tout ce qui tourne autour du Soi et de la construction identitaire d'autre part (chap. 12).

Enfin, nous essaierons de récapituler les mécanismes fondamentaux qui sous-tendent le processus de changement (chap. 13).

Chapitre 8

EXPRESSION ET COMMUNICATION

SI L'ON ESSAIE de dégager le dénominateur commun à la plupart des formes de psychothérapie, on peut dire qu'il s'agit d'une situation de communication interpersonnelle. Une question se pose alors : en quoi la communication (ou un certain type de communication) peut-elle avoir un effet thérapeutique ? Et à quelles conditions ?

Nous allons tenter d'y répondre dans l'ensemble de ce chapitre. Mais un premier éclairage peut nous aider à comprendre ce phénomène.

LES TROUBLES DE LA COMMUNICATION

Une grande partie de nos comportements, de nos modes de relation, de nos émotions, de nos sentiments, de nos façons de sentir et de penser résulte d'apprentissages réalisés tout au long de notre vie. Même les comportements innés sont influencés par les caractéristiques du contexte dans lequel ils se sont développés.

Or la plupart des psychothérapies s'accordent sur l'importance des premiers apprentissages de la petite enfance qui se font, le plus souvent, dans un contexte familial. Ce contexte est un système interactionnel et peut être caractérisé par un réseau de relations et de communications (mère-enfant, père-enfant, relations entre frères et sœurs, entre maître et élève, échanges amicaux, etc.).

Si un comportement peut sembler inadapté, cette inadaptation résulte probablement du contexte d'apprentissage qui a été le sien, et donc de

la structure de communication dans laquelle il s'est construit. Dans cette perspective, on peut considérer les troubles du comportement comme la résultante d'une communication perturbée ou pathologique.

C'est ce qu'a pu montrer de façon exemplaire Gregory Bateson en étudiant les interactions des familles dans lesquelles un enfant présentait des comportements de type schizophrénique (Bateson, 1980).

Ces comportements peuvent paraître totalement inadaptés et dénués de sens. Bateson va montrer que, replacés dans le contexte spécifique des communications familiales, ils répondent, au contraire, à une certaine « logique » ; ils constituent une forme d'adaptation à ce contexte particulier de communication qu'il désigne du terme de « *double bind* » (double contrainte) et dont il précise les principales caractéristiques :

- une communication de forme paradoxale dans laquelle l'enfant reçoit deux messages contradictoires simultanés (qu'on peut ramener schématiquement à un message d'amour et un message de rejet émanant notamment de la mère) ;
- l'impossibilité de « métacommuniquer¹ », c'est-à-dire d'élucider la relation ou d'y échapper : le fait que, quel que soit son comportement, l'enfant est toujours « puni » (par exemple, s'il se rapproche de sa mère, celle-ci le rejette et s'il s'en éloigne, elle le lui reproche). Bateson constate que lorsque ce type d'interaction se répète régulièrement, il engendre chez l'enfant confusion et dissociation.

Apportons-en un exemple que nous empruntons à Pierre-Yves Brisiaud. Une mère vient en consultation avec sa petite fille de quatre ans, sur l'insistance de sa maîtresse : l'enfant a beaucoup de mal à parler et à construire des phrases. Pendant que la petite joue avec des coussins disposés dans le cabinet, le thérapeute discute avec la mère.

« Elle n'arrivait pas à être mère, disait-elle. Elle trouvait sa petite trop envahissante, caractérielle et lui reprochait de ne rien écouter. Pendant que la mère parlait de sa fille très négativement, je voyais l'enfant s'agiter de plus en plus, et la mère "bouillir" de plus en plus. L'enfant utilisait les coussins comme une forme de pont pour venir vers sa mère. Mais lorsque l'enfant arrivait aux pieds de sa maman, celle-ci la repoussait violemment, en disant : "Vous voyez, c'est toujours comme cela, elle m'envahit..." »

Plus la mère la repoussait, plus la fille échafaudait d'autres chemins avec les coussins, espérant que sa maman finirait par la prendre dans ses bras. Mais rien n'y faisait, chaque fois que l'enfant se rapprochait, le corps de la mère se raidissait, ses mâchoires se crispaient, et elle repoussait sa fille en haussant la voix de plus en plus fort : "Ça suffit ! arrête de m'embêter et en plus tu embêtes le monsieur qui parle avec moi..." »

1. *Métacommuniquer*, c'est parler de la communication elle-même, c'est-à-dire échanger sur ce qui fait problème dans la relation.

Je regardais avec compassion cette petite fille, rejetée par sa mère quand elle lui disait des morceaux de phrase. Elle perçut ma tristesse et posa son regard dans le mien. Elle s'approcha de moi et me tendit sa petite main. Au moment où je la pris dans la mienne, sa mère me dit très ennuyée : "Je vous en prie, vous n'êtes pas obligé de faire ce qu'elle veut !"

Je lui signifiais que j'étais très touché que sa fille m'invite dans son jeu. Alors, avec un grand sourire, et des yeux remplis de lumière, cette petite fille composa une phrase : "Veux-tu sauter sur le chemin avec moi ?" Nous commençâmes alors ensemble à sauter de coussins en coussins en riant comme des petits fous.

Sous les yeux de sa mère éberluée, cette petite riait et me serrait très fort la main. Je perdis l'équilibre et me laissais rouler sur la moquette, moment qu'elle utilisa pour se jeter sur moi et me serrer très fort le cou. À cet instant, sa maman fondit en larmes. Cette petite fille, regardant sa mère pleurer, posa sa joue contre la mienne et me dit à l'oreille et à voix haute : "Toi, tu m'aimes, hein ?"

Je lui répondis que j'aimais beaucoup les enfants et que sa maman l'aimait sans doute aussi, mais que quelque chose au fond d'elle l'empêchait de le lui montrer. La maman pleurait de plus belle ; je pris sa fille par la main, je m'approchais de sa mère et, délicatement, je mis la main de sa petite fille dans la sienne. À cet instant la petite fille serra la main de sa maman qui pleurait et elle lui dit en composant une autre phrase : "Maman, parle-moi."

Et là, enfin, la mère la prit contre son cœur, et la petite fille lui caressa les cheveux pour la consoler. Alors, dans ce geste de libération, elle raconta à sa fille des moments de souffrance qu'elle avait vécus avec sa propre mère et tout le climat de non-échange et de froid glacial qui fit l'environnement de son enfance.

Le dialogue était installé et il ne fallut que quelques séances supplémentaires pour que cette petite fille accepte de parler enfin, au travers du partage des paroles de sa mère » (Brissiaud, 2001, p. 80).

Cet exemple éloquent ne réclame pas un long commentaire.

On voit que le symptôme de la fillette s'inscrit dans une relation perturbée à sa mère et que l'action du thérapeute a consisté essentiellement à rétablir un véritable échange entre elles.

S'il s'avère que l'origine du trouble réside dans une certaine forme de communication, on peut comprendre alors que c'est à travers une structure de communication différente que ce trouble peut arriver à se modifier. Le cadre thérapeutique peut être conçu comme un nouveau contexte dans lequel un changement devient possible à partir d'un nouveau type de relation.

Ainsi la communication est à la fois le contexte, le vecteur et l'outil de l'action thérapeutique :

- le contexte car, comme on l'a vu, le cadre et la relation se définissent essentiellement comme une certaine structure interactionnelle ;
- le vecteur, car c'est à partir de la relation et de la communication qui s'établissent entre le patient et le thérapeute que vont être saisis les

conflits, les défenses, les comportements répétitifs constitutifs de la névrose ;

- enfin l'outil, car c'est essentiellement par la parole que le thérapeute s'efforce de modifier les schèmes relationnels dans lesquels le patient est englué.

Or l'importance de cet aspect est négligée par beaucoup de démarches thérapeutiques. Elles n'ont qu'une conception floue et rudimentaire de la communication et font comme si celle-ci allait de soi¹.

QU'EST-CE QUE COMMUNIQUER ?

La communication interpersonnelle est un phénomène complexe qui ne se réduit pas au schéma simpliste : émetteur → message → récepteur. À ces éléments, le linguiste Roman Jakobson (1963) a montré qu'il fallait ajouter d'autres éléments comme le contexte, le code et le *feedback* (les réactions du récepteur aux messages).

Le message lui-même comporte plusieurs niveaux. On peut distinguer le *contenu* du message (ce qu'il veut dire) et la *relation* qu'il instaure avec l'interlocuteur (si, par exemple, le contenu est un ordre, le message met en place une relation hiérarchique entre les interlocuteurs)².

Le contenu présente lui-même deux aspects que l'on peut différencier en utilisant les termes de *signification* et de *sens*. La signification renvoie à ce que le message veut dire au niveau linguistique ; le sens à l'action que l'émetteur cherche à exercer sur le récepteur.

Une patiente dit à son thérapeute : « J'ai encore fait des bêtises, vous allez sûrement me gronder » et sourit d'un air espiègle. Le contenu est clair. Au niveau de la relation, la patiente se situe comme une petite fille face à son père. Elle transmet une signification (elle a fait des bêtises et redoute d'être grondée) ; mais le sens du message vise à se concilier l'indulgence du thérapeute (ce que renforce le sourire séducteur).

Ces différentes dimensions sont présentes dans toute communication ; mais il est particulièrement important de les prendre en compte en thérapie. C'est notamment à partir de l'attention portée à la dimension de la *relation* (comment le patient se situe face au thérapeute ; quelle place il occupe par rapport à lui et quelle place corrélatrice il lui assigne) et au *sens* (quelle action le patient cherche à exercer sur le thérapeute : cherche-t-il à l'apitoyer, l'amuser, le séduire, le provoquer, l'endormir... ?). Ces deux aspects sont importants pour la perception et l'analyse du transfert. Le

1. Cependant, certaines démarches ont développé au contraire des théories précises de la communication, comme l'analyse transactionnelle ou l'approche systémique (cf. Marc et Picard, 2000).

2. Cf. Marc et Picard, 2000b, 1996.

thérapeute est amené à percevoir ce qu'exprime le patient autant comme une forme d'action sur la relation qu'en tant que simple information. Comme le souligne E. Gilliéron :

« Il convient d'être attentif à ce que le patient *fait* lors des premières consultations plus qu'à ce qu'il dit. Peut-être devrait-on préciser : être attentif à ce qu'il *fait faire* au thérapeute ; la réaction de ce dernier reflète plus clairement les mouvements contre-transférentiels précoces induits par le patient. » (Gilliéron, 1983, p. 80)

De même, la communication ne se limite pas au discours verbal auquel on a souvent tendance à la réduire ; elle fait intervenir d'autres canaux :

- l'expression corporelle, à travers les mimiques du visage, les gestes, la posture... ;
- l'expression émotionnelle qui se transmet par la voix (l'intonation, le timbre, le rythme, l'accentuation, l'articulation...) et par certains aspects de la communication corporelle (comme la brusque coloration des joues ou l'agitation des doigts) ;
- l'expression comportementale (la façon dont on se comporte à l'égard de l'interlocuteur) qui est aussi une forme de communication. C'est pourquoi « on ne peut pas ne pas communiquer » : car nos attitudes, nos expressions corporelles, nos conduites transmettent toujours des messages, même lorsqu'on ne parle pas.

MICHEL affiche régulièrement une attitude souriante et joviale à l'égard de son thérapeute. Il lui demande de ses nouvelles, lui marque sa satisfaction, souligne l'intérêt de ses interventions. Mais, plus subtilement, il instaure avec le thérapeute une sorte de compétition au niveau de la communication : il tend à occuper tout l'espace de parole, obligeant ainsi le thérapeute à limiter ses interventions ; d'ailleurs, lorsqu'il sent que celui-ci est prêt à intervenir, il reprend vite la parole, forçant sa voix et son débit. Si le thérapeute lui pose une question, il dit souvent « bonne question », laisse passer un léger silence et reprend son discours là où il l'avait laissé. Ainsi, la nature de sa communication contredit l'attitude courtoise et déférente qu'il affiche par ailleurs.

On voit que c'est souvent à travers la forme de l'expression — ce que les linguistes appellent l'*énonciation* — plus que dans l'énoncé lui-même que se manifestent certains aspects inconscients.

L'expression comme activité totale

L'expression, selon son étymologie, est ce qui fait pression vers l'extérieur, ce qui cherche à se manifester ; elle implique étroitement la parole et le corps, le langage et les gestes, les mimiques, les postures, la voix et les manifestations émotionnelles. Reich a été un des premiers à mettre en lumière l'unité profonde du corps et du psychisme et à souligner

l'importance de l'expression corporelle dans la situation thérapeutique. Mais cette unité n'avait pas échappé à d'autres courants de la psychologie et l'on peut noter, par exemple, que Watson, un des fondateurs du comportementisme, remarquait déjà en 1926 :

« Quand un individu réagit à un objet ou à une situation, son corps entier réagit. Pour nous, cela signifie que l'organisation manuelle, l'organisation verbale et l'organisation viscérale fonctionnent ensemble chaque fois que le corps réagit... Ces trois formes d'organisation ne peuvent fonctionner en se suppléant mutuellement (ou même en se substituant) que si elles existent simultanément comme des parties d'une organisation intégrale totale. »

L'expression est donc à la fois plurielle et globale :

- elle comporte une dimension *sémiotique*, en transmettant un message ;
- mais elle a aussi une dimension *énergétique* (sensible, notamment, dans la posture, dans la tonalité de la voix ; on dit bien « parler d'une voix énergique », « s'exprimer d'une voix lasse, d'une voix mourante »...) ;
- enfin une dimension *performative* : elle constitue une forme d'action dirigée vers autrui ou en réaction à autrui ; elle traduit les mouvements contradictoires (attirance/répulsion, rapprochement/évitement, séduction/agression) qui sous-tendent l'interaction ; elle extériorise aussi bien les conflits internes que les conflits relationnels du sujet, les deux formes étant d'ailleurs étroitement liées.

Ce qui attire d'emblée l'attention chez SOLANGE, c'est sa voix : une voix de petite fille qui contraste avec son corps de femme d'une quarantaine d'années, mère de deux enfants. Elle parle d'une façon monocorde avec un ton un peu « sucré » et un débit monotone qui donnent l'impression d'une récitation. La tonalité est peu vivante, manquant de vigueur et d'intensité et traduisant un faible niveau énergétique. De sa voix enfantine et douce, légèrement plaintive, elle confie ses malheurs, sans que s'exprime la moindre émotion.

Une part importante du travail thérapeutique a consisté à lui faire « habiter » sa voix, à permettre à celle-ci d'exprimer toute la gamme des émotions. Il l'a amenée à prendre conscience du contrôle défensif que sa voix lui permettait d'exercer sur sa vie affective ; et tout particulièrement la façon dont elle annulait toute expression émotionnelle, toute manifestation d'agressivité (c'est avec beaucoup de difficultés, par exemple, qu'elle est arrivée à exprimer de la colère en y « mettant le ton »).

L'expression (paroles, gestes, mimiques, postures, émotions...) est fortement investie par les mouvements pulsionnels et défensifs, par les représentations et les affects qui leur sont liés. Sa manifestation dans la situation thérapeutique a une valeur symptomatique mais a aussi une fonction évolutive en raison du caractère asymétrique de la communication thérapeutique. Car le thérapeute a surtout une attitude d'écoute

(même si elle est d'écoute active) alors que le patient est convié à la libre expression : dire tout ce qui lui passe par l'esprit, exprimer tout ce qu'il ressent, laisser aller les mouvements du corps et les émotions dans les thérapies corporelles...

Ce sont les obstacles ressentis sur la voie de l'expression libre qui vont être révélateurs des résistances, des mécanismes de défense, des conflits du sujet. C'est à partir de ses difficultés à se laisser aller, à s'exprimer spontanément face au thérapeute que le patient peut prendre conscience de ce qui, en lui, résiste et s'oppose au libre flux des pensées, des images, des émotions, de l'énergie ; ces résistances renvoient aux peurs, aux angoisses, aux désirs, aux interdits et aux défenses qui perturbent son fonctionnement psychique, ses relations aux autres et à l'environnement.

L'expression se déploie donc aux deux niveaux des processus secondaires conscients qui soutiennent la pensée et des processus primaires inconscients qui s'ancrent dans le pulsionnel, avec les conflits qui en découlent et les mouvements défensifs qui en résultent.

L'invitation à la libre expression a souvent, dans un premier temps au moins, l'effet paradoxal d'accentuer les difficultés du patient à ce niveau. Mais ce résultat, qui pourrait sembler négatif, constitue au contraire un moment nécessaire puisqu'il permet l'actualisation et même l'exacerbation des conflits défensifs du patient.

Pendant, il est bien évident que ce moment doit être dépassé. Le « lâcher prise » intervient quand le sujet perçoit le caractère paralysant et douloureux de ses résistances et renonce à contrôler et à maîtriser son expression. Là aussi, cet instant est en lui-même mutatif : le relâchement des défenses permet le surgissement de ce qui était réprimé ou refoulé. Comme le souligne Janov dans *Le Cri primal* (éd. 1975, p. 80),

« Le fait de perdre complètement le contrôle de soi permet d'établir la connexion car le contrôle de soi équivaut presque toujours à la répression du moi réel. »

En s'approfondissant, la libre expression bouleverse donc le fonctionnement névrotique de la personnalité et sa structuration défensive. Elle entraîne un déblocage des émotions contenues, des gestes et mouvements réprimés, des rigidités musculaires et respiratoires, des stases énergétiques (ce déblocage peut s'observer de façon très concrète dans ses manifestations : mouvements involontaires, rougeurs, tremblements, sensations de chaleur, pleurs, cris...). Elle culmine donc habituellement dans une abréaction des émotions inhibées ou refoulées et dans la verbalisation des représentations et des pensées qui leur sont liées.

LES EFFETS THÉRAPEUTIQUES DE LA PAROLE

La parole a déjà dans la vie quotidienne une vertu thérapeutique, comme le souligne la sagesse orientale : « Mon fils, raconte-moi ta peine

afin de la rendre plus supportable. » C'est que partager avec des proches ou des amis ses soucis et ses difficultés permet d'en atténuer le poids. Cet effet est amplifié dans le cadre thérapeutique car le patient est sûr de l'écoute de son interlocuteur et sait qu'il peut tout exprimer.

La parole permet donc une forme de partage et de *soutien social* et entraîne un effet de *décharge* énergétique et affective. D'une part parce que « mettre des mots sur des maux » est rassurant et favorise une sorte d'objectivation et de mise à distance de ses émotions. D'autre part parce que cela permet d'extérioriser ses préoccupations, ses angoisses et ses affects douloureux ; et par là même de faire baisser la tension intérieure qu'ils provoquent. C'est ce que souligne une patiente en début de thérapie :

« Vous savez, je parle, je parle, peut-être que je vous soûle mais moi ça me fait du bien. C'est le seul endroit où je peux m'exprimer sans retenue, parler de tout ce qui me tracasse et j'en ai vraiment besoin ; quand je sors d'ici je me sens plus légère. »

La parole thérapeutique peut être rapprochée aussi de la *confession*, sorte d'antidote à la dissimulation et à la répression des pensées et des sentiments. En effet, l'impression de « mal faire » ou d'être « mauvais » engendre souvent un réflexe de dissimulation et un sentiment de culpabilité ; ce sentiment peut devenir dévastateur et ronger intimement la personnalité, surtout lorsque, sous l'effet du refoulement, il prend un caractère inconscient. Comme l'écrit Jung :

« L'affect réprimé isole et perturbe autant que peut le faire le secret inconscient ; il est ressenti lui aussi comme une faute. » (Jung, 1953, p. 203)

La confession empêche cette rétention et permet de sortir de la honte, de la culpabilité et de l'isolement. L'écoute bienveillante du thérapeute instaure un partage du secret (et de la souffrance), partage qui, à son tour, permet une sorte d'« absolution » salvatrice.

ÉLISABETH témoigne : « C'est dommage que pendant tant d'années j'ai eu si peur de tout ce qui pouvait faire penser à la maladie mentale. J'ai toujours consciencieusement évité ce qui s'en approchait : les copains en déprime, les filles hystériques, les familles ayant un enfant anormal... Depuis quelque temps, au contraire, je lis pas mal d'ouvrages sur la question avec des cas, des témoignages... Et puis le groupe surtout m'a beaucoup apporté... Et je me suis aperçu que, finalement, je suis assez "normale". Les petites choses tordues que j'ai en moi ne sont pas dramatiques. Par exemple, les petits besoins de chocolat qui me viennent quand je suis lasse ou triste ; je ne mange pas n'importe quoi, mais la chose qui me fait envie. Pourtant, je sais que j'ai eu peur d'être boulimique. De même, j'ai pu avoir honte de mes moments d'abattement. J'ai dépensé une énergie folle pour refouler et cacher tout ce qui pouvait m'apparaître comme un symptôme.

Je crois que j'ai minimisé toutes mes peurs pour ne pas les identifier à des "angoisses" (symptôme de pathologie). Quand j'étais triste, je me cachais, j'avais honte, ou bien je m'appliquais d'autant plus à me montrer gaie et sereine en public. J'ai ainsi refoulé plein de larmes qui auraient pu me soulager, rien que pour ne pas être "en dépression"... Tout ça était épuisant. Si j'avais dépensé cette énergie autrement qu'à me défendre contre des émotions finalement banales, j'aurais sans doute entrepris plus de choses. Quel gâchis ! le simple fait de pouvoir partager tout ça avec le groupe a complètement changé les choses pour moi et m'a profondément libérée. »

Parler, pour le patient, c'est aussi *objectiver* et *symboliser* son vécu – ses pensées, ses sentiments, ses émotions. Mettre le trouble en mots, c'est l'approprier et prendre une distance salutaire vis-à-vis de lui. On peut donc dire que la parole fait passer le vécu de l'*intérieurité* à l'*extériorité* et de la *subjectivité* à l'*intersubjectivité*. Le vécu, ainsi objectivé et partagé, se déploie alors devant le patient qui peut mieux le regarder en face et l'affronter. Il ressent que le thérapeute peut l'accueillir avec empathie mais sans dramatisation.

LOUIS a eu beaucoup de mal à « avouer » ses « idées noires ». Ce n'est que peu à peu qu'il a pu parler ouvertement de ses ruminations suicidaires. Le thérapeute l'a écouté avec la gravité requise, mais sans en faire un sujet tabou. Du coup, Louis s'est senti moins obsédé par cette préoccupation morbide. C'était quelque chose dont il pouvait parler et qui prenait par là même une tonalité moins angoissante. Dès lors, l'éventualité d'un passage à l'acte lui est apparue plus irréelle et il en a ressenti un énorme soulagement.

La parole est aussi porteuse des *représentations* du patient, de sa vision du monde, ainsi que des *significations* et des *valeurs* qu'il confère aux situations de sa vie. Or le changement que vise la psychothérapie porte moins sur la réalité objective des faits (difficile à modifier) que sur la signification que le patient leur donne et la valeur affective qu'il leur accorde. Ainsi, dans le travail de « recadrage », le thérapeute tente de transformer la valence négative que le patient confère à une situation en valeur positive ou neutre ; ou bien, il tente d'ôter à une situation son caractère angoissant.

Dans la perspective psychanalytique, la parole peut également être considérée comme porteuse d'une *symbolique inconsciente* et appréhendée sur le même mode qu'un récit de rêve, en interprétant le discours manifeste en fonction de ce qu'on perçoit d'un discours latent et de l'émergence de l'inconscient à travers les images utilisées, la symbolique qu'elles impliquent, les lapsus, les reprises, le choix du vocabulaire...

Par exemple ces quelques phrases de Jacques : « Je sais bien que je me retiens et que je tourne autour du pot ; mais j'ai toujours peur, si je me laisse aller, que vous trouviez ce que je dis complètement merdique » traduisent bien sa problématique « anale ».

Enfin, la parole, dans la mesure où elle exprime aussi les mouvements pulsionnels (attaquer, séduire, manipuler...) et les motivations profondes du sujet, peut être écoutée dans sa *dimension relationnelle et performative* (quelle action, quelle influence tend-elle à exercer sur le thérapeute ?). Ainsi, les *demandes* (conscientes ou non) que le patient adresse au thérapeute signalent ses *désirs*, révèlent ses modes relationnels et trahissent les *jeux* qu'il instaure dans sa relation à autrui... Tous ces éléments sont des composantes de la dimension transférentielle de la communication thérapeutique.

On voit donc à quel point la parole est un élément riche, capable de traduire les mouvements pulsionnels, affectifs, l'imaginaire et les positionnements relationnels du patient. C'est ce qui explique son statut de support privilégié dans le travail thérapeutique.

Enfin, il faut souligner que la parole n'est pas seulement un vecteur de communication et un moyen de transformation ; elle entraîne, en elle-même, un processus de changement.

En effet, la parole a, comme le symptôme, le statut d'une *formation de compromis* entre une force expressive (qui pousse à dire) et une force répressive (qui la freine et s'alimente aux différentes formes de censure et d'interdit). Elle joue donc le rôle d'un révélateur des conflits psychiques qui se traduit par le partage entre ce qui est dit et ce qui est tu. Parvenir à libérer son expression, c'est, en soi, déplacer l'équilibre des forces en jeu dans ces conflits. Le travail thérapeutique consiste donc à favoriser l'assouplissement des résistances et des mécanismes de défense du patient, à l'aider à élargir son espace de liberté (à se dégager de la honte, de la culpabilité, de la peur), à libérer sa parole pour mieux communiquer avec autrui et avec lui-même.

L'ÉCOUTE ET LES INTERVENTIONS DU THÉRAPEUTE

La parole du patient a des effets thérapeutiques si elle rencontre l'*écoute* du thérapeute. Cette proposition ne risque guère d'être contestée. Mais la façon de concevoir cette écoute peut varier d'une démarche à l'autre. Deux grands modèles de référence se dessinent dans ce domaine, respectivement proposés par Freud et par Rogers.

L'*écoute analytique* est caractérisée par une attitude réceptive et non intervenante. L'analyste incite le patient à exprimer tout ce qui lui vient à l'esprit et à laisser se dérouler le libre jeu de ses associations ; il intervient le moins possible dans la verbalisation du patient, le laissant gérer la parole et le silence, et lui renvoyant en miroir ce qu'il exprime lorsqu'il le juge utile. L'analyste, nous dit Freud (1912), « doit demeurer impénétrable et, à la manière d'un miroir, ne faire que refléter ce qu'on lui montre ».

Attention flottante et empathie

À cette attitude s'ajoute l'« attention flottante ». Il s'agit d'un positionnement complémentaire à la libre association du patient : l'analyste ne se fixe pas sur le sens rationnel de ce que celui-ci dit, mais laisse aller sa propre activité associative suscitée par sa parole :

« De même que le patient doit raconter tout ce qui lui passe par l'esprit, en éliminant toute objection logique et affective qui le pousserait à choisir, de même le thérapeute doit être en mesure d'interpréter tout ce qu'il entend afin d'y découvrir tout ce que l'inconscient dissimule. » (Freud, 1912)

Il est donc à l'écoute des liens inconscients en étant attentif à des détails qui peuvent apparaître insignifiants dans le discours du patient (lapsus, doubles sens, connotations symboliques...). Mais l'analyste ne doit pas oublier que ses associations, même si elles sont suscitées par celles du patient, appartiennent à son propre univers psychique et ne sont pas celles de l'analysant.

On voit que l'écoute analytique privilégie attitude réceptive non intervenante, attention flottante et activité interprétative.

La conception proposée par Carl Rogers s'éloigne notablement de ce modèle. À l'impénétrabilité et à la neutralité de l'analyste, il oppose l'authenticité et la congruence du thérapeute. Pour lui, ce dernier n'est pas un simple écran projectif pour le patient, mais un interlocuteur dans une rencontre humaine intersubjective. La distance « professionnelle » n'est souvent qu'une attitude défensive pour ne pas s'engager dans une relation interpersonnelle où le thérapeute doit pouvoir éprouver « chaleur, attention, affection, intérêt, respect » pour le patient.

L'écoute rogorienne est fondée sur l'*empathie* et sur une attitude active et dialogique. Être en empathie, c'est s'efforcer d'entrer dans l'univers d'autrui pour accueillir ses sentiments et ses conceptions en s'efforçant de les ressentir et de les voir de la même façon que lui ; il s'agit donc de percevoir le vécu subjectif de l'autre comme si j'étais cette personne, sans perdre de vue le « comme si » qui m'amène à rester moi-même, à ne pas m'identifier à elle : le thérapeute ressent en lui la tristesse du patient mais sait que cette tristesse appartient au patient et non à lui-même. Il est réceptif à la fois aux expériences dont le patient a une conscience claire et à celles qui sont plus confuses, plus implicites et dont il va l'aider à prendre conscience.

Mais l'empathie n'est pas qu'une attitude réceptive ; elle s'exprime activement dans le reflet que le thérapeute renvoie régulièrement au patient. Il lui fait part de la façon dont il comprend et éprouve ce que celui-ci manifeste par des échos, des reformulations qui portent aussi bien sur le contenu de son discours que sur les émotions et les sentiments perçus. Ces reformulations ont deux fonctions :

- elles montrent au patient que le thérapeute est à son écoute : de la sorte le patient se sent entendu et compris, ce qui l'encourage à poursuivre ;
- elles permettent aussi, pour les interlocuteurs, de vérifier la fidélité et la justesse de cette compréhension : si elle est approximative, le patient peut rectifier et apporter toutes les nuances et précisions nécessaires pour arriver à une compréhension fine et exacte.

Ce dernier aspect est très important. Dans l'empathie, le thérapeute, tout en s'appuyant sur son intuition, ne se fie pas entièrement à elle ; il ne la prend pas pour l'interprétation fidèle de ce que ressent et pense le patient. En la reformulant, il se propose d'en vérifier la pertinence et permet au patient d'en apprécier la justesse. C'est ainsi que le dialogue thérapeutique permet une communion affective et une co-construction du sens, là où l'interprétation psychanalytique peut apparaître comme une traduction univoque opérée par l'analyste.

C'est pourquoi nous préconisons une *écoute plurielle, empathique et active*.

Plurielle dans le sens où elle s'efforce de prendre en compte les différentes dimensions de l'expression que nous venons d'évoquer : l'énoncé et l'énonciation, le contenu et la relation, la signification et le sens, le niveau sémiotique et le niveau énergétique, les processus primaires et les processus secondaires... Même s'il est important pour le thérapeute de prêter une attention « flottante » aux manifestations des mouvements inconscients qui infiltrent la parole (mouvements défensifs, transférentiels, relation d'objet, symbolisation, lapsus...), privilégier cette seule dimension risque de le rendre sourd à toutes les autres. Il s'agit à chaque moment de percevoir ce qui est le plus signifiant dans l'expression du patient.

C'est pourquoi l'*empathie* est le corollaire de l'écoute plurielle. Elle implique la recherche d'une communication authentique, proche et humaine avec le patient. Le thérapeute ne se situe pas comme un expert, mais comme un interlocuteur qui s'efforce de favoriser chez le patient l'expression la plus vraie de lui-même, de l'accueillir et de le comprendre sans jugement et sans préjugés. Il doit, comme l'exprime bien Jung (1953, p. 83), renoncer à toute prétention de savoir infaillible, à toute autorité, à toute volonté d'emprise, qu'elle soit massive et délibérée ou ignorée et insidieuse.

Enfin, l'écoute du thérapeute est une écoute *active*, c'est-à-dire que le thérapeute encourage et stimule l'expression du patient ; qu'il s'efforce de lui transmettre sa compréhension et son soutien ; qu'il tend à jouer pour lui un rôle de miroir en lui reflétant les aspects les plus saillants de ce qu'il exprime.

Les différentes interventions

Les formes d'intervention du thérapeute sont extrêmement variées lorsqu'on les observe empiriquement. Beaucoup plus que les différents

modèles théoriques ne le laissent entendre. Car chaque démarche tend à privilégier un mode d'intervention : l'interprétation en psychanalyse, la reformulation dans la démarche rogérienne, le dialogue « socratique » dans les thérapies cognitives, etc. Or, le thérapeute n'a-t-il pas intérêt à utiliser la gamme la plus complète plutôt que de se cantonner à une seule note ? Cette gamme peut être ramenée cependant à quelques accords fondamentaux

L'exploration

Dans l'exploration, le thérapeute cherche à s'informer sur certains aspects du vécu intérieur du patient. À cet effet, il effectue des relances, pose des questions directes, demande des précisions, et ainsi guide le patient dans l'approfondissement d'un thème ou d'une problématique importante.

Les questions essentielles qui se posent à propos de l'exploration portent sur le *moment* où on doit y avoir recours et sur la *manière* dont on peut l'utiliser.

C'est, bien sûr, dans les premiers entretiens que le thérapeute l'utilise le plus systématiquement car il lui faut des informations précises pour pouvoir définir le problème du patient, cerner sa demande, poser un diagnostic et évaluer le type de démarche thérapeutique qui peut lui convenir.

Cependant, au cours de la thérapie, le thérapeute peut être amené à plusieurs moments à adopter une attitude exploratoire. Par exemple lorsqu'il a le sentiment que le patient manifeste plus ou moins clairement une certaine résistance à aborder un point important : quand il est (volontairement ou non) imprécis, flou, fuyant ou qu'il passe trop rapidement d'un sujet à un autre ; quand il n'arrive pas à s'exprimer dans un domaine délicat ou difficile ; ou quand il évite d'aborder un aspect essentiel pour lui (comme, par exemple, une question délicate sur laquelle s'est terminée la séance précédente).

L'exploration peut consister aussi en une *focalisation* sur un problème précis particulièrement important pour le patient. Le thérapeute l'invite alors à se centrer plus intensément sur ce problème pour en approfondir les différents aspects (afin de contrecarrer par exemple une tendance à la dispersion).

Quant à la manière d'effectuer cette exploration, il convient d'éviter certains écueils.

ÉCUEILS À ÉVITER DANS L'EXPLORATION

Il ne faut pas qu'un échange où le patient doit garder l'initiative se transforme en une sorte d'interrogatoire qui lui donnerait une impression d'intrusion. Il n'est pas judicieux non plus de sortir d'une *orientation non directive* et de placer le patient dans une position passive où l'initiative reviendrait au thérapeute. Être insistant est également maladroit et ne fait que renforcer



les défenses du patient. Il est nécessaire de respecter ses pudeurs, ses réticences ou son souci de préserver une certaine intimité secrète.

Enfin, il ne faut pas oublier que le flou, la fuite ou l'omission sont souvent des *formes de résistance* et qu'il est plus utile d'en faire prendre conscience au patient et de les analyser comme telles plutôt que de les renforcer en tentant de les forcer.

Pour toutes ces raisons, l'attitude exploratoire peut souvent prendre l'aspect d'une « ouverture » à l'aide de la reprise en écho, de la reformulation, de l'interrogation indirecte (« Est-ce que vous vous souvenez de la façon dont s'est terminée la dernière séance ? », « n'avez-vous pas l'impression de passer très vite sur ce point ? »...). De même, elle peut se traduire par une incitation à s'exprimer (« Il est peut-être important que vous en disiez plus sur ce point, même si cela vous semble un peu délicat »).

La clarification

La clarification consiste à introduire plus de limpidité et d'intelligibilité là où domine une impression d'obscurité, de confusion ou de non-sens.

Elle peut revêtir plusieurs formes :

- la *reformulation*, qui consiste à renvoyer au patient la façon dont on a compris ce qu'il a dit.
- La *mise en relation*, qui s'attache à créer un lien entre différents éléments présentés par le patient de façon disjointe ;
- la *confrontation* qui vise à refléter au patient des attitudes, des sentiments, des comportements qu'il semble ignorer ou des contradictions dont il n'est pas conscient (comme le fait de se plaindre d'une situation et de ne rien faire pour la modifier) ;
- l'*explication*, qui revient à traduire un processus ou un mécanisme psychologique en termes rationnels afin de le rendre intellectuellement compréhensible ;
- la *synthèse*, qui met en exergue une problématique en en faisant ressortir la logique, les articulations, la cohérence et la signification ;
- la *reconstruction*, qui tend à rétablir une signification et une cohérence globale dans un ensemble d'événements, de réactions, de comportements et de sentiments ;
- et enfin l'*interprétation* sur laquelle nous reviendrons.

Le point commun à ces différentes manifestations de clarification réside dans leur objectif commun : tous visent l'*insight*, c'est-à-dire la prise de conscience du patient.

Le terme « *insight* » signifie « regard intérieur » et se rapproche de la notion d'« intuition ». On peut le comprendre comme une forme de compréhension vécue, intime et immédiate (s'accompagnant souvent d'un

effet de surprise) d'un aspect de sa personnalité, de son fonctionnement psychique et relationnel, de son existence.

Ainsi compris, l'*insight* s'oppose, d'une certaine façon, à la compréhension intellectuelle qui, elle, se construit sur l'explication et le raisonnement. Comme Freud l'avait déjà noté, la transmission au patient d'une explication ou d'une interprétation n'amène aucun changement si elle ne s'accompagne pas d'une prise de conscience intérieure et d'une reviviscence du phénomène vécu antérieurement.

L'*insight* s'avère être un processus fondamental en psychothérapie et beaucoup de démarches thérapeutiques le présentent comme l'objectif essentiel du travail à accomplir¹. Pourtant ce processus demeure un peu mystérieux et même paradoxal dans la mesure où il s'accomplit à l'intérieur du patient alors qu'il est le fruit d'une co-construction du patient et du thérapeute : c'est parce qu'ils arrivent à partager une signification commune que le patient peut accéder à une meilleure compréhension de lui-même.

L'interprétation

L'interprétation est à l'origine une notion freudienne et représente le mode d'intervention privilégié (voire unique pour certains) du psychanalyste. Elle vise à rendre l'inconscient conscient et tend donc à dégager le sens latent, la motivation inconsciente, à partir du discours manifeste ou des conduites apparentes du patient.

C'est à propos du rêve que Freud a particulièrement développé la démarche interprétative. Il a posé l'hypothèse qu'au-delà du « contenu manifeste » (le récit du rêve fait par le patient), il existe un « contenu latent » qui se révèle par les associations du rêveur ; ce contenu latent conduit au « désir inconscient » qui s'exprime dans le rêve et qui en constitue à la fois la motivation (on rêve pour exprimer et assouvir ce désir) et la signification (Freud, 1900).

L'interprétation consiste donc à faire émerger la signification inconsciente du matériel (expressions, rêves, comportements...) proposé par le patient et à la lui communiquer.

Freud a clairement indiqué que la communication d'une interprétation au patient restait soumise à des règles précises qui concernent le moment, la progressivité, la forme, l'opportunité et la « profondeur » de l'interprétation². Les exposer en détail nous entraînerait trop loin d'autant qu'elles varient d'une école psychanalytique à une autre. En revanche, il semble utile d'élargir cette notion d'« interprétation » et de la concevoir comme une façon de retraduire ce qu'exprime le patient dans une autre langue

1. Pas toutes. Ce n'est pas le cas, notamment, des thérapies comportementales et systémiques.

2. « Je soutiens que l'interprétation des rêves ne doit pas être pratiquée, au cours du traitement analytique, comme un art en soi, mais que son maniement reste soumis aux règles techniques auxquelles doit obéir tout l'ensemble du traitement » (Freud, 1911).

inspirée par une « grille de lecture » des phénomènes psychiques propre à une démarche thérapeutique. On s'aperçoit alors que la plupart des démarches thérapeutiques font appel à l'interprétation.

C'est le cas, par exemple, de l'approche systémique qui propose une forme spécifique d'interprétation avec le « recadrage ». « Recadrer » une situation consiste à la placer dans un nouveau contexte, à lui donner une signification autre que celle donnée antérieurement par le patient qui est donc conduit à considérer son vécu sous ce nouvel éclairage.

Ainsi, une mère qui se sent rejetée par sa fille au moment où celle-ci souhaite emménager dans un studio en ville peut être amenée à concevoir que ce désir d'autonomie chez sa fille est plutôt le signe d'une éducation réussie et la possibilité d'instaurer une forme de relation mère-fille plus harmonieuse.

En fait, l'hypothèse sous-jacente à ce type d'interprétation est que c'est moins une « situation » qui fait souffrir le patient (ici le départ de la fille) que la « signification » qu'il lui donne (le désir de s'éloigner d'elle).

Quelle que soit la démarche thérapeutique dans laquelle elle s'insère, une interprétation est soumise à quatre considérations : la meilleure interprétation est celle que le patient trouve lui-même. L'interprétation du thérapeute doit se faire au plus près de ce que le patient exprime et peut comprendre. Elle constitue une hypothèse proposée par le thérapeute et non une vérité qu'il imposerait au patient. Enfin, une interprétation doit toujours obéir au principe d'opportunité, c'est-à-dire se faire au moment précis où le patient est prêt à la recevoir et à l'utiliser.

Le soutien et la confirmation

La psychothérapie se doit d'apporter au patient un soutien plutôt que d'accentuer sa souffrance et son désarroi. Ce principe semble évident ; mais il n'est peut-être pas inutile de le rappeler, car, pour certains, la « thérapie de soutien » peut être considérée avec une condescendance un peu méprisante face à la conception d'une psychanalyse « pure ».

Le soutien peut s'exprimer à travers plusieurs modes d'intervention : les manifestations de *compréhension* qui témoignent de l'empathie du thérapeute, de sa capacité à « souffrir avec » le patient, à entrer en résonance affective et intellectuelle avec lui. La compréhension peut prendre la forme de reformulations, d'échos émotionnels, de marques de sensibilité et de sympathie par rapport aux difficultés, aux malaises et aux souffrances du patient, mais aussi par rapport à ses découvertes, à ses progrès et à ses joies.

Dans les moments de grande fragilité, le patient a besoin de trouver un *appui* auprès du thérapeute, qui joue alors un peu un rôle de « moi auxiliaire » venant en renfort du moi vulnérable du patient. Cet appui est apporté par l'écoute empathique mais aussi par des marques positives d'estime, de confiance, de reconnaissance et d'encouragement (« Vous

avez beaucoup de courage d'affronter tant d'épreuves », « je vois que vous traversez une phase très difficile, mais j'espère qu'elle débouchera sur un mieux-être », « je suis auprès de vous, vous pouvez compter sur mon appui »...).

Le soutien est apporté aussi par une attitude de *confirmation* de la part du thérapeute ; là où le patient doute de lui, n'a pas confiance dans ses perceptions et ses jugements, se mésestime, est incertain de son identité, le regard et les reflets du thérapeute vont tendre à renforcer la confiance en soi, l'assurance, l'estime et la conscience de soi. Il ne s'agit pas d'être un miroir flatteur mais d'entériner par une *connotation positive* les attitudes, les ressentis, les expressions et les positions du patient qui vont dans le sens de l'affirmation de soi.

JUSTINE est venue en thérapie parce qu'elle avait une image totalement négative d'elle-même. Elle pensait qu'elle n'avait aucun intérêt, aucune qualité qui pourrait amener les autres à s'intéresser à elle. Elle n'arrêtait pas de se critiquer et de porter des jugements négatifs sur elle : « je suis nulle », « je suis vraiment idiote », « je ne fais que des conneries »... Le travail thérapeutique a consisté, pour une large part, à lui montrer qu'elle pouvait faire confiance à ses perceptions et à ses jugements, ainsi qu'à ce qu'elle ressentait. Ensuite, il a fallu la rendre attentive aux reflets positifs que les autres pouvaient lui renvoyer (dans son travail, dans ses relations sociales...). Peu à peu, elle a pu se reconnaître certaines compétences et certaines qualités. À travers le regard bienveillant du thérapeute, elle a pu modifier son propre regard sur elle-même et s'accepter avec plus de tolérance et de sympathie et désamorcer le « Parent normatif » qui, de l'intérieur, n'arrêtait pas de la critiquer.

Le conseil

Le conseil est une suggestion, une incitation qui tend à orienter la conduite du patient, généralement en lui proposant des solutions aux problèmes qu'il pose.

Le patient pense souvent que les conseils de son thérapeute peuvent lui permettre de vaincre ses difficultés ; les thérapeutes sont donc souvent sollicités en ce sens (« Qu'en pensez-vous ? », « que dois-je faire », « dites-moi comment je dois réagir »...). Pourtant, le conseil est une intervention particulièrement délicate. D'abord parce qu'elle risque de faire prévaloir le point de vue du thérapeute (à partir de son système de valeurs, de ses normes, de ses modèles...) sur celui du patient. Ensuite parce qu'elle peut induire chez le patient une attitude dépendante et soumise ou, au contraire, opposante et contre-dépendante. Si bien que le conseil peut aller à l'encontre des buts recherchés dans la thérapie, c'est-à-dire l'autonomie du patient et la capacité de prendre lui-même les décisions qui le concernent.

Ces pourquoi certaines démarches thérapeutiques, comme la psychanalyse, récusent absolument le conseil. Pourtant, dans certains cas et dans

la mesure où il respecte quelques conditions, le conseil peut néanmoins être utile et judicieux.

En effet, il peut *assurer la protection du patient* et l'empêcher (notamment lorsqu'il est en état de confusion) de commettre un acte dangereux pour lui-même ou pour autrui. Le thérapeute peut donc être amené, selon les circonstances, à établir un contrat de protection, à mettre son patient en garde contre un passage à l'acte ou à lui donner un conseil éducatif.

FRANÇOIS se sent parfois perturbé à la fin d'une séance ; il a alors tendance, en rentrant chez lui, à conduire trop vite et à être inattentif à la circulation ; le thérapeute lui suggère, avant de démarrer d'écouter un disque dans sa voiture, sachant que la musique a un effet apaisant sur lui.

Le conseil du thérapeute peut aussi aider un patient à transformer ses prises de conscience en action au niveau de sa vie quotidienne. Enfin, le conseil peut favoriser un comportement ayant un effet thérapeutique ou entraîner un changement positif.

MAGALI, qui est encore très dépendante de sa mère, a tendance à lui raconter ses séances thérapeutiques ; sa mère, souvent, jette un doute sur l'intérêt de la démarche et l'amène à remettre en cause ses prises de conscience. Le conseil du thérapeute de garder pour elle ce qui se passe en séance lui permet de s'appuyer sur lui pour justifier sa réserve auprès de sa mère et a pour effet de l'aider à se soustraire à l'influence de celle-ci et à prendre plus de distance à son égard.

Mais tout ceci n'est possible que si le thérapeute respecte quelques conditions indispensables :

- d'abord, le conseil doit être donné sous la forme d'une suggestion plutôt que sous celle d'une injonction ;
- ensuite, le thérapeute doit s'assurer que le conseil rencontre bien le consentement éclairé du patient (notamment en entendant nettement ses objections au lieu de les rejeter) ;
- il est utile également de justifier, et si possible d'expliquer, les raisons de son conseil et de s'assurer qu'il respecte les valeurs du patient. De plus, si le patient ne suit pas le conseil donné, il convient d'entériner ce fait tout en évitant de l'en culpabiliser.

Tout ceci revient à dire que le conseil doit prendre plutôt la forme d'une aide à l'action et à la décision ; il accompagne le patient dans une démarche l'amenant à envisager les solutions possibles et à se positionner par rapport à elles. En définitive, le meilleur conseil reste celui que le patient peut se donner à lui-même et que le thérapeute peut appuyer s'il le juge pertinent.

Les prescriptions

Les prescriptions interviennent essentiellement dans les thérapies comportementales et systémiques ; mais elles ne sont pas cantonnées nécessairement à ces démarches. Elles consistent à donner au patient une tâche à effectuer en dehors de la séance de thérapie et peuvent avoir pour objectif l'information ou le changement.

La recherche d'information vise à compléter le matériel dont disposent le thérapeute et le patient soit pour dissiper un flou plus ou moins volontaire, soit pour apporter une information objective là où il n'y a qu'une impression subjective (par exemple le fait qu'un symptôme soit « fréquent » ou pas), soit pour attirer l'attention du patient sur quelque chose qu'il perçoit mal.

Par exemple, à Jérôme qui souhaite arrêter de fumer, le thérapeute demande de noter, chaque fois qu'il prend une cigarette : les circonstances, son état émotionnel, l'effet ressenti. Cette prescription a deux effets : elle amène le patient et le thérapeute à mieux comprendre la fonction de la cigarette pour Jérôme ; et aussi à effectuer cet acte de façon moins automatique, à détourner son attention sur une autre activité (la prise de notes) et par là-même à commencer à diminuer sa consommation.

Lorsqu'elle vise le changement, la prescription a pour but d'empêcher le patient de s'enfermer dans des modes de « réparation » qui l'enfoncent dans son symptôme (en faisant « toujours plus de la même chose »). Le thérapeute peut alors prescrire : soit un comportement redouté (notamment dans la thérapie des phobies) ; soit un comportement incompatible avec le comportement pathogène (comme dans le cas d'un insomniaque à qui l'on prescrit de ne pas dormir pour contrecarrer sa recherche anxieuse de sommeil, source en partie de son problème) ; soit le symptôme lui-même (par exemple en demandant à un bègue de bégayer plus, ce qui est une forme d'injonction paradoxale)¹.

D'autres formes d'intervention sont certainement possibles et utilisées et cette énumération n'avait pas l'ambition d'être exhaustive. Mais il convient d'envisager celles qui semblent, au contraire, proscrites parce qu'elles risquent de bloquer le patient, de le rendre dépendant ou soumis à l'égard du thérapeute. C'est le cas des différentes formes de jugement ou d'évaluation, qu'elles soient négatives ou positives ; elles reviennent à imposer le point de vue ou les valeurs du thérapeute et vont à l'encontre de la responsabilisation et de l'autonomisation du patient. Comme le souligne Carl Rogers :

« Plus je peux maintenir une relation sans jugement de valeur, plus cela permettra à l'autre personne d'atteindre le point où elle reconnaîtra que le lieu du jugement, le *centre* de la responsabilité réside en elle-même. Le

1. Sur le sens et l'usage de ces prescriptions, cf. Marc et Picard, 2000.

sens et la valeur de son expérience dépendent uniquement d'elle et aucun jugement extérieur ne peut rien changer à cela. » (Rogers, 1968, p. 43)

Il convient d'éviter aussi les critiques, les remontrances, les reproches (« vous ne voulez pas guérir », « vous vous comportez de façon infantile », « essayez de tenir compte de mes remarques »...), de même que les discussions, la contradiction, les tentatives pour convaincre, influencer ou pour imposer un point de vue, un modèle ou une solution. Il ne s'agit pas de transformer le patient en élève ou en disciple ou de favoriser plus subtilement son identification au thérapeute. Enfin, le thérapeute doit se garder de toute tentation d'intervenir dans la vie du patient (dans ses activités, ses choix amoureux, ses projets...) et de s'ériger en directeur de conscience ou en guide spirituel. C'est dans ce sens que l'on peut entendre la notion de « neutralité bienveillante » préconisée par la psychanalyse.

Ainsi l'expression, la parole et la communication sont au centre du processus thérapeutique, processus transitionnel entre un hier assumé et un demain en projet. L'écoute empathique du thérapeute est la condition d'une parole authentique où vont se défaire les nœuds d'une communication passée aliénante. Le patient y fait l'expérience mutative d'une libre expression de soi qui rencontre la reconnaissance pleine du thérapeute et lui restitue sa place de sujet. Comme le formule avec justesse Lacan :

« L'analyse ne peut avoir pour but que l'avènement d'une parole vraie et la réalisation par le sujet de son histoire dans sa relation à un futur. » (Lacan, 1966b, p. 302)

Chapitre 9

CORPS ET ÉMOTION

L'IMPLICATION du corps en psychothérapie s'impose comme un élément majeur de l'évolution récente. Elle n'est pas sans lien avec l'orientation générale du monde actuel. La fascination exercée par le corps apparaît en effet comme une des caractéristiques de notre culture « post-moderne ». Elle se manifeste notamment à travers la vogue du sport, de la danse, de la gymnastique, du jogging, du body-building, de la chirurgie esthétique, du culte de la forme...

Toute une série de manifestations sociales va donc dans le sens d'un « retour au corps », d'une quête de la nature en l'homme. Car, n'est-ce pas un sentiment de perte du contact avec la nature qui hante notre société et qui amène, par réaction, à redécouvrir le corps comme le « paradigme perdu » de notre culture ? Un psychanalyste comme Didier Anzieu a pu dire que du temps de Freud le refoulé en Occident était le sexe, alors que de nos jours, le refoulé est le corps non sexué. Il a écrit notamment :

« Se sentir exister avec sécurité dans un corps autonome représente un état intérieur de moins en moins répandu. » (Anzieu, 1974¹)

À partir de sa pratique, il est arrivé au constat que la relation au corps est actuellement perturbée et que c'est le corps en tant qu'organisme et présence de la nature dans l'homme qui pose problème autant que le corps comme objet sexuel.

Un autre facteur qui explique l'essor des thérapies psychocorporelles tient à une certaine inflation du verbe et à une certaine usure de la

1. Cf. aussi Anzieu, 1985.

parole. La règle de libre verbalisation sur laquelle se fondait, et se fonde toujours la psychanalyse, a certainement été révolutionnaire à un moment donné. Mais toute règle finit par s'émousser et perd peu à peu de son efficacité. Aujourd'hui, la psychanalyse est largement vulgarisée ; tout le monde parle avec complaisance de ses complexes, de son refoulement, de ses inhibitions, de l'état de « son Œdipe » ou de ses transferts. Et cette vulgarisation de la psychanalyse, aux dires mêmes des analystes, lui fait perdre une partie de son pouvoir thérapeutique. Citons encore Didier Anzieu :

« Quand la règle de libre parole tue le contact et l'échange, c'est du corps que la libre expression fera son chemin. » (*id.*)

Comment le corps intervient-il dans le travail thérapeutique ? Et quelles sont les références dans ce domaine ?

L'ŒUVRE FONDATRICE DE REICH

La plupart des thérapies psychocorporelles dérivent plus ou moins directement des travaux de Wilhelm Reich¹.

Reich était un psychanalyste, disciple de Freud. Ce qui amène à souligner en passant que, même si ces « nouvelles thérapies » ont affirmé leurs divergences (voire leur opposition) vis-à-vis de la psychanalyse, la plupart plongent leurs racines dans la théorie freudienne. Elles ont été très souvent fondées par des psychanalystes dissidents : c'est le cas de Reich ; mais c'est aussi celui de Perls (le fondateur de la gestalt-thérapie), de Janov (thérapie primale) ou de Berne (analyse transactionnelle).

W. Reich a travaillé de 1919 à 1933 avec Freud : on lui doit des contributions importantes à la technique et à la théorie psychanalytiques. Pourtant il a été exclu en 1933 du mouvement psychanalytique, en raison, notamment, de ses engagements politiques.

Ses apports fondamentaux portent sur trois points :

- l'importance accordée au point de vue énergétique ;
- l'accent mis sur la génitalité ;
- le rôle de plus en plus prépondérant conféré au corps et aux manifestations somatiques dans sa technique thérapeutique.

La base de la théorie de Reich est l'hypothèse d'un fonctionnement unitaire de l'organisme depuis les plus hauts sentiments psychiques jusqu'aux réactions biologiques les plus élémentaires. Cette unité est fondée à chaque niveau sur l'équilibre entre deux mouvements opposés :

1. Un autre courant est dérivé des techniques de relaxation dont certaines se sont inspirées de pratiques orientales très anciennes.

expansion et contraction (au niveau biologique) ; fonction parasympathique et fonction sympathique (au niveau du système nerveux) ; plaisir et angoisse (au niveau psychique). Il y a une correspondance entre ces niveaux. On a d'un côté une liaison entre expansion, fonction parasympathique, plaisir et satisfaction pulsionnelle ; et de l'autre entre contraction, fonction sympathique, angoisse et frustration.

Reich fait ensuite de l'orgasme le prototype du fonctionnement de l'organisme, avec son cycle qui mène de l'excitation à la tension (se traduisant par une charge énergétique) ; puis à la décharge à travers des mouvements spasmodiques et un retour à la relaxation. Ce fonctionnement est accompagné d'une circulation d'énergie bioélectrique à laquelle il donne le nom d'orgone. Pour lui, tout trouble psychosomatique peut être ramené à une perturbation de la fonction orgastique et de la circulation énergétique. L'organisme par lui-même tend à la satisfaction des pulsions, et notamment des pulsions sexuelles à travers l'orgasme. La répression sexuelle est donc la principale source de perturbation du fonctionnement orgastique. Cette répression est de nature sociale : elle est transmise par l'éducation, la famille, la morale et les mœurs.

La cuirasse musculaire

Dans *L'Analyse caractérielle* (trad. 1971), Reich avait élaboré la notion de « cuirasse caractérielle ». Il était parti du constat que ce qui, dans la cure, résiste à la levée du refoulement, est l'ensemble du caractère du patient ; car le caractère apparaît comme la stratification des mécanismes de défense qui se sont installés au cours du développement (cf. chap. 10).

Dans *La Fonction de l'orgasme* (trad. 1952), Reich fait un pas de plus et montre qu'à la cuirasse caractérielle correspond une « cuirasse musculaire » ; c'est-à-dire que les défenses, et notamment la répression des pulsions et des émotions, s'effectuent à travers la contraction de certaines zones musculaires. Il n'est pas de névrosé, par exemple, qui ne laisse apparaître une tension de l'abdomen qui s'accompagne elle-même d'une restriction de l'amplitude respiratoire. Cette restriction a pour effet de diminuer le fonctionnement énergétique de l'organisme, et donc d'atténuer les impulsions végétatives. La compréhension de ce mécanisme fondamental permet à Reich d'affirmer que :

« La rigidité physique représente en réalité la partie essentielle du processus de refoulement. »

La cuirasse musculaire est la forme sous laquelle la répression qui s'est imposée à l'enfant continue d'exister comme agent nocif dans le présent. Ainsi la névrose n'est pas seulement un trouble psychique ; elle est la manifestation d'une perturbation chronique du système neurovégétatif et musculaire.

Cette découverte, pour Reich, a une portée capitale au niveau thérapeutique. Il n'est plus indispensable, selon lui, de reconstituer les expériences infantiles à travers les rêves et les associations du patient ; ces expériences sont présentes dans la « cuirasse ». La dissolution de la rigidité musculaire libère l'énergie végétative et ramène souvent à la mémoire la situation infantile qui est à l'origine du refoulement :

« Toute rigidité musculaire contient l'histoire et la signification de son origine. »

Cette constatation entraîne un changement important dans la conception de la thérapie. Elle associe l'analyse des attitudes caractérielles à un travail spécifique sur la cuirasse musculaire. Cependant pour tendre à la dissolution de la cuirasse musculaire, il faut dans un premier temps passer par l'intensification des inhibitions végétatives de façon à les rendre sensibles au patient. Il s'agit donc, pour le thérapeute, d'aider celui-ci à repérer les zones d'inhibition et de contraction. La levée dans une zone de ces inhibitions rend visibles d'autres zones contractées, jusque-là cachées ; et, de proche en proche, on peut cheminer vers la libération des impulsions végétatives. Ce travail s'accompagne d'un déblocage de la respiration, de façon à faire retrouver au patient une amplitude respiratoire complète.

La démarche thérapeutique de Wilhelm Reich est l'une des bases essentielles des thérapies psychocorporelles. Elle a connu une large diffusion, surtout à travers les techniques élaborées par son disciple Alexander Lowen, fondateur de la bioénergie. Mais on ne peut pas oublier que Perls (créateur de la gestalt-thérapie) a été analysé par Reich et que Janov (fondateur de la thérapie primale) reconnaît l'influence de ce dernier sur sa propre démarche.

La bioénergie a marqué aussi certaines pratiques de massage comme l'intégration posturale ou la biodynamique, et certaines formes de travail respiratoire comme le *rebirthing*¹. Ainsi, l'héritage de Reich s'avère-t-il particulièrement important dans les nouvelles thérapies psychocorporelles.

ALEXANDER LOWEN EN THÉRAPIE AVEC WILHELM REICH

« La première étape du processus thérapeutique consistait alors pour Reich à amener le patient à respirer calmement et profondément. La seconde consistait à mobiliser celle des expressions émotionnelles du patient qui paraissait la plus évidente d'après son visage et son comportement. Dans mon cas, ce fut la peur. Nous avons vu comment ce procédé avait eu sur moi un effet puissant.



1. Cf. Marc, 2000.



Les séances suivantes se déroulèrent selon le même schéma général. Je m'allongeais sur le lit et respirais de façon aussi détendue que je pouvais, en essayant de laisser se produire de profondes expirations. J'avais pour instructions de m'abandonner à mon corps et de ne contrôler aucune des expressions ou des impulsions qui pourraient surgir. De nombreux faits se produisirent, qui me mirent progressivement en contact avec mes premiers souvenirs et mes premières expériences [...]

Une fois que j'étais étendu sur le lit à respirer, mon corps se mit à se balancer involontairement. Le balancement s'amplifia jusqu'à ce que je me retrouve assis. Alors, sans avoir l'impression de le faire, je descendis du lit, me tournai pour lui faire face et me mis à le frapper des deux poings. Pendant que je faisais cela, le visage de mon père apparut sur le drap du lit, et je réalisais brutalement que je le frappais à cause d'une fessée qu'il m'avait donnée quand j'étais petit. Quelques années plus tard, j'interrogeai mon père sur cet incident. Il me dit que c'était la seule fessée qu'il m'eût jamais donnée. Il m'expliqua que j'étais rentré à la maison très en retard, et que ma mère était inquiète et malheureuse. Il m'avait fessé pour que je ne recommence plus. L'intérêt de cette expérience [...] tenait à sa nature totalement spontanée et involontaire. Je fus entraîné à frapper le lit, comme je l'avais été à hurler, par une force qui avait pris possession de moi, et non par une pensée consciente. » (Lowen, trad. 1976, p. 14-15)

LES DÉMARCHES PSYCHOCORPORELLES

Il faut souligner que les thérapies psychocorporelles ne se confondent ni avec certaines techniques d'expression corporelle ni avec les « gymnastiques douces ». Ce sont des démarches psychothérapeutiques originales et authentiques qui cherchent à saisir l'homme dans son unité psychosomatique et placent le corps au centre du travail thérapeutique. Elles ont exercé une influence sur les autres approches thérapeutiques et les ont incitées à prendre en compte la dimension corporelle dans leur démarche. De quelle façon ?

- On a vu que le corps apparaît d'abord comme étroitement lié à la vie psychique ; c'est le lieu d'*inscription* de l'histoire du sujet, de sa structure psychosomatique, de ses mécanismes de défense, de son fonctionnement énergétique. Ainsi est-il (dans sa posture, sa morphologie, sa façon de se mouvoir) un lieu de manifestation fondamental de la personnalité. Cet aspect peut sous-tendre, par exemple, une démarche diagnostique que Lowen a systématisée sous la notion de « lecture du corps ».
- Le corps est aussi *expression*. Dans ses attitudes, ses réactions, ses mimiques, ses gestes, sa tonicité, il traduit, sur un autre registre que la parole, les états émotifs et affectifs du sujet, son mode relationnel, ses mouvements pulsionnels et ses conflits. Moins contrôlé que le langage, il est plus susceptible d'exprimer les attitudes inconscientes et profondes du sujet. C'est dans ce sens que l'on a pu dire : « Le corps

ne ment pas » ; il échappe en partie aux rationalisations défensives, au non-dit, à la facticité.

- L'expression corporelle peut ainsi se révéler un moyen de *communication* privilégié entre le patient et son thérapeute. Elle va montrer la résonance affective de la parole ou manifester ce que les mots ne peuvent dire. Laisser deviner les inhibitions, les blocages ou les mouvements énergétiques et pulsionnels. Traduire sur un mode symbolique les désirs, les défenses et les conflits du patient. Elle permet aussi la manifestation d'éléments archaïques liés à la période préverbale du développement. On sait en effet l'importance de la première année dans la vie affective du petit enfant et dans sa construction identitaire. Or les événements et les affects de cette phase capitale n'ont pas, le plus souvent, d'inscription symbolique (le bébé ne parlant pas encore) et ne peuvent être atteints qu'à travers des manifestations corporelles et émotionnelles. Du côté du thérapeute, un regard, un sourire, un geste, un contact peuvent exprimer souvent mieux que les mots la compréhension, l'empathie, le soutien.
- Enfin, le corps peut être le lieu d'une *action thérapeutique* spécifique : travail sur les zones de rigidité et de blocage, sur la respiration, sur la tension et la détente, sur l'expressivité corporelle, sur la posture. Il s'agit moins, dans tous ces cas, d'agir sur le corps physiologique (encore que cela puisse être un objectif dans certaines affections psychosomatiques) que d'atteindre par les voies du corps les fonctionnements psychiques qui leur sont liés (défenses, émotions inhibées, attitudes inconscientes...).

PAROLE ET EXPRESSION CORPORELLE

« En laissant parler le malade, on se rend bientôt compte que les mots le détournent de ses problèmes, qu'ils les estompent d'une manière ou d'une autre. Pour en apprécier la teneur, il faut inviter le malade à se taire, au moins pendant quelque temps. Cette tactique porte toujours ses fruits. Car dès que le malade cesse de parler, l'expression corporelle de ses émotions se précise. Après quelques minutes de silence, l'analyste discerne le trait marquant de son caractère, ou plus exactement l'expression plasmatique émotive. Alors que le patient souriait aimablement pendant son exposé, le silence transforme son sourire en une grimace figée dont le sens se révèle parfois même à lui ; alors qu'en parlant, il n'avait l'air de n'attribuer qu'une importance mitigée à tel fait de sa vie, sa colère réprimée apparaîtra dans l'attitude de son menton et de son cou dès qu'il fait silence. Ces exemples suffisent pour montrer que le langage verbal fait souvent office de défense : il jette souvent un voile sur le langage expressif des profondeurs biologiques. Il arrive même que les mots n'expriment plus rien et que le langage verbal se réduise à un simple exercice articulatoire. Ma longue expérience de psychanalyste m'a convaincu que bien des cures qui durent pendant des années se noient en réalité dans cette forme pathologique du langage verbal » (Reich, trad. 1971).

Ces quatre niveaux sont en rapport les uns avec les autres ; mais ils peuvent être plus ou moins mobilisés par les différentes démarches thérapeutiques.

Même s'il faut encore une fois souligner leur diversité (bioénergie, gestalt-thérapie, *rebirthing*, cri primal, somatothérapie, relaxation, etc.), elles ont incontestablement des éléments communs que nous allons maintenant mettre en évidence. Ce qui justifie de les rapprocher tient à la fois à certains principes de base et à certaines modalités techniques que l'on retrouve chez la plupart.

- Un *premier principe* important réside dans la proposition que « l'homme est son organisme ». On retrouve cette formulation aussi bien chez Lowen que chez Rogers (qui conçoit la thérapie comme le processus par lequel l'homme devient son organisme). Elle est présente aussi chez Perls qui proclame sa confiance en la « sagesse de l'organisme ». S'affirme donc l'idée qu'il y a en l'homme quelque chose de naturel — son organisme — qui a son mode de fonctionnement et ses lois. C'est en respectant ce mode de fonctionnement que la personne trouve son équilibre. Au contraire, c'est en le contrariant qu'on provoque les conflits, les blocages et les troubles psychiques.

Si ces thérapies mettent l'accent sur l'homme en tant qu'organisme, c'est aussi en réaction à un certain dualisme qui a tendu à opposer le corps et l'esprit, le somatique et le psychique. La visée des nouvelles thérapies est une visée totalisante. Elle s'efforce de saisir l'homme à la fois comme corps et comme esprit et surtout dans les relations entre le corps et la psyché.

- Un *deuxième principe* consiste en la « réhabilitation » du principe de plaisir. La psychanalyse a établi une sorte de hiérarchie où le principe de réalité occupe la position haute ; le principe de plaisir apparaît comme un peu « suspect » et doit, en tout cas, se plier au principe de réalité. Alors que pour les nouvelles thérapies, le principe de plaisir, c'est le principe de réalité ; c'est dire qu'il n'y a pas d'opposition entre les deux mais au contraire une liaison étroite : rien ne peut se construire sur l'angoisse et sur la frustration. L'objectif du travail thérapeutique est donc de remettre la personne en contact avec ses sources de plaisir et d'épanouir ses capacités dans ce domaine.

- Un *troisième principe* est l'importance accordée aux relations entre l'individu et son environnement familial et social. À la différence de la psychanalyse qui fait porter l'accent sur les conflits intrapsychiques, ces approches mettent au premier plan les conflits entre l'individu et le contexte dans lequel il évolue. Cela n'amène pas, bien sûr, à nier l'existence des conflits intrapsychiques, mais à dire que ceux-ci ne sont souvent que l'intériorisation des conflits entre les aspirations et les besoins de la personne et les possibilités qu'offrent la famille et la société de satisfaire ces aspirations et ces besoins.

Voilà quelques principes essentiels que l'on retrouve à la base de ces différentes démarches. Quelles sont maintenant les modalités techniques qui leur sont communes ?

- *Premier point*, on peut noter la place importante qu'elles donnent aux pratiques de groupe ; c'était en général la norme dans leurs débuts. Aujourd'hui se manifeste une tendance à réintroduire la relation de face à face à côté du travail en groupe. Les thérapies combinent souvent les deux approches (des sessions de groupe alternant avec des séances individuelles).

- Un *deuxième point* commun, c'est le primat donné à l'« ici et maintenant », pour employer une formule devenue classique. Ces techniques abordent surtout le sujet dans son expression (corporelle et verbale) présente, dans son mode relationnel actuel, mais avec l'hypothèse, bien sûr, que le passé est toujours inclus dans cette expression et ces relations.

- Un *troisième point* est l'importance de la « mise en acte » dans ces techniques. Elles retrouvent là une démarche dont le psychodrame a eu antérieurement l'intuition. Lorsque le patient est amené à vivre concrètement une situation, à essayer de la mettre en scène dans le cadre thérapeutique avec une mise en jeu du corps, cela entraîne une plus grande implication et un plus grand impact que s'il se contente simplement d'une évocation verbale. Dans le travail en groupe, par exemple, on invite donc les participants à exprimer leurs émotions, à mettre en acte ce dont ils parlent. Si, par exemple, un patient dit qu'il éprouve de l'agressivité pour son père, ou toute autre personne, on lui demandera d'exprimer cette agressivité soit envers un autre participant, soit en tapant sur un coussin qui va représenter symboliquement le père. Ainsi, la mise en acte n'exclut pas la symbolisation mais amène le patient à exprimer plus intensément ses affects et ses conflits et à les vivre directement dans la situation thérapeutique.

- Un *quatrième point* est l'accent mis sur l'expression corporelle et affective. Il s'agit d'être attentif à tout ce qui, dans la communication, relève de l'expression non verbale, de même qu'aux manifestations émotionnelles. On utilise le terme de thérapies psychocorporelles, mais on pourrait tout aussi bien parler de thérapies émotionnelles. Elles font en effet presque toutes une place essentielle à l'expression des émotions et à l'abréaction. Pourquoi cet accent ? Précisément parce que l'émotion se trouve à la charnière entre le corps et l'esprit ; c'est le niveau où l'on peut saisir le mieux l'articulation entre ces deux dimensions de la personnalité¹.

1. La spécificité et l'importance thérapeutique du « système émotionnel » ont été développées et théorisées par Max Pagès, notamment dans son ouvrage *Trace et sens*, 1986.

ÉMOTIONS ET PSYCHOTHÉRAPIE

Les émotions ne se situent pas seulement à l'articulation du somatique et du psychique. Elles expriment aussi notre rapport au monde : aux êtres, aux objets et aux événements qui tissent notre environnement quotidien. Mais aussi à notre monde intérieur : aux sensations, aux images, aux pensées qui constituent notre vie psychique. Comme le résume bien Max Pagès (1993, p. 25), « le système émotionnel est [...] tout ensemble une façon d'éprouver le monde, de se le représenter et de communiquer avec autrui » ; il est la tonalité de nos expériences, l'accompagnement qualitatif et affectif de notre vécu, la musique et la couleur de notre existence.

Cette manière d'éprouver le monde intérieur et extérieur répond à certaines polarités fondamentales : la tension ou la détente ; l'ouverture ou la fermeture ; l'attraction ou la répulsion ; le plaisir ou le déplaisir... Elle nous éclaire intuitivement sur la relation qui s'établit avec une personne (pour qui nous éprouvons de l'attraction ou de l'antipathie), avec une pensée (qui provoque de la joie ou de la souffrance), avec une situation (qui génère malaise ou bien-être).

C'est parce que l'émotion est l'expression spontanée et immédiate dans l'ici et maintenant de nos mouvements pulsionnels, de notre vie psychique, de notre relation au monde, qu'elle occupe une place centrale dans le travail thérapeutique. Elle constitue le fil conducteur qui permet de s'orienter dans l'expression du patient et de discerner ce qui est le plus investi, le plus impliqué et le plus important de ce qui l'est moins.

L'expression émotionnelle

L'expression émotionnelle n'est pas, en elle-même, un langage. Elle est l'indice d'états affectifs qui accompagnent l'expression. Elle passe à travers des manifestations corporelles observables comme les mimiques du visage, la tension des muscles, les mouvements des mains, la coloration de la peau, l'intonation de la voix, le rythme et l'amplitude respiratoires. Elle traduit un double rapport. D'abord la relation du patient à ce qu'il énonce ; ensuite à son interlocuteur.

KAREN raconte le déménagement de sa famille de la région parisienne, où elle avait résidé jusqu'à ses huit ans, pour une petite ville de province ; elle a dû aller dans une nouvelle école alors que l'année scolaire était déjà avancée ; elle ne connaissait personne et se trouvait isolée lors des récréations. À cette évocation, soudain, sa voix se brise, ses lèvres se crispent et son menton se met à trembler ; des larmes roulent sur ses joues.

« Tu te sentais seule ?, avance le thérapeute.

— Oui, horriblement seule, j'étais complètement perdue, perdue... »

Elle éclate en sanglots, se pelotonne sur le divan et pleure longuement. Au bout de quelque temps, elle peut reprendre la parole : « Je ne m'attendais

pas à pleurer comme ça. Je ne me souvenais pas que ça avait été aussi affreux ; c'est maintenant, en en parlant, que je ressens à quel point j'ai souffert ; à l'époque, je n'ai rien dit à personne, pas même à mes parents ; ils me répétaient tellement que c'était très bien de changer d'école, que j'allais me faire de nouveaux amis... Et moi, chaque jour, je portais le ventre complètement noué. »

Les indices émotionnels expriment donc l'implication et la valeur affective que nous conférons à ce que nous disons. Pauvres, ils peuvent traduire un discours désaffectivé ou une mise à distance défensive :

PAUL raconte les corrections que lui donnait son père quand il était enfant. Il lui attachait les mains au montant de son lit et le frappait violemment avec une ceinture. L'enfant cachait son visage entre ses bras pour éviter que la boucle ne lui lacère les joues car il avait honte des traces que ça laissait et qui provoquaient des questions de sa maîtresse et de ses camarades. En racontant cela, il semble impassible et sa voix n'exprime aucune émotion. Le thérapeute le lui fait remarquer. « C'est vrai, dit-il. Je pense que je m'efforce de ne rien ressentir. J'ai dû enfouir tout ça au plus profond de moi. » La suite montrera la justesse de ses propos ; il lui faudra du temps pour rentrer en contact avec les émotions de colère, de douleur, de révolte et de désespoir qu'il avait pu ressentir enfant et dont il s'était totalement coupé.

L'expression émotionnelle traduit donc le rapport affectif du locuteur à ce qu'il énonce ; mais elle renvoie aussi à sa relation à l'interlocuteur. Les émotions du patient sont toujours ressenties et exprimées en présence du thérapeute et comportent une dimension transférentielle.

LUCIEN exprime son désarroi depuis que sa femme l'a quitté ; sa voix se fait plus sourde et ses lèvres tressaillent. Le thérapeute sent qu'il est au bord des larmes mais qu'il lutte pour ne pas pleurer. Il lui demande pourquoi :

« Je ne peux pas pleurer devant vous ; j'aurais honte. Il ne faut pas que je montre ma sensibilité.

— Ce n'est pas bien ?

— Non. Lorsque j'étais jeune et qu'il m'est arrivé de pleurer devant mon père, il se moquait de moi. Je sentais chez lui une réprobation profonde. Il me disait : «Tu ne vas pas pleurnicher comme une fillette.» J'ai l'impression que je suis trop sensible et qu'il faut que je le cache car c'est un manque de virilité. Je voudrais être plus fort, plus impénétrable... »

On perçoit que Lucien redoute d'être perçu comme féminin par le thérapeute qui pourrait se moquer de lui comme le faisait son père. Il met en œuvre des « mécanismes de défense émotionnels » qui sont, certes, l'expression de conflits internes, mais aussi de conflits relationnels. Ces mécanismes perturbent la libre expression du patient et troublent sa communication à autrui. Ils provoquent, tant au niveau de l'expression que de la relation, un manque de congruence qui nuit à une communication satisfaisante. Comme le souligne Colette Portelance (1997, p. 28) :

« Seuls l'écoute et l'accueil de soi rendent possible l'écoute et l'accueil de l'autre dans ses émotions et dans sa personne même. Autrement dit, c'est cette double capacité à s'accepter émotionnellement et à accueillir l'autre qui permet la communication authentique. »

Elle est la base de l'*empathie* dont nous avons déjà parlé au chapitre précédent.

Résonance émotionnelle, empathie et congruence

L'empathie, que l'on définit habituellement comme la capacité à se mettre à la place d'autrui, correspond à une attitude d'acceptation et d'écoute profonde du patient. Elle comporte, on l'a vu, la compréhension intellectuelle de ce qu'il exprime, mais surtout l'aptitude à entrer en « résonance émotionnelle » avec lui. On peut désigner par cette expression l'écho spontané et affectif que l'émotion d'autrui provoque en nous. Cet écho n'est pas de l'ordre de la réflexion ou de l'interprétation ; il ne passe pas par un processus cognitif conscient. Il est plutôt une réaction intuitive et sensitive immédiate aux manifestations émotives de l'interlocuteur à partir du moment où nous sommes dans une attitude réceptive et non défensive. La résonance émotionnelle est une dimension fondamentale de la communication ; elle opère de façon quasi réflexe en s'appuyant sur un phénomène d'« échoïsation corporelle » (Cosnier, 1994) ; c'est-à-dire que notre corps capte les indices émotionnels d'autrui, en dehors de tout processus conscient et réfléchi, et y réagit en miroir (c'est ainsi que le bâillement de notre interlocuteur peut provoquer chez nous un bâillement similaire).

L'empathie, du côté du thérapeute, n'est pas seulement une attitude réceptive d'écoute et de résonance ; c'est aussi une attitude active : le thérapeute s'efforce de renvoyer au patient la compréhension de ce qu'il exprime et de l'écho émotionnel qu'il suscite. Ce reflet provoque chez le patient une prise de conscience et une *amplification* affective ; il lui permet d'être en contact plus étroit avec ses émotions et ses sentiments, et donc de mieux percevoir la qualité et l'importance de son expression verbale et corporelle, ainsi que la nature de sa relation au thérapeute.

L'expression émotionnelle s'avère donc un support fondamental du travail thérapeutique. Elle marque l'implication du patient dans sa parole, la résonance affective que celle-ci revêt pour lui et pour le thérapeute. Elle permet un partage immédiat de la valeur de ses propos et, par là même, favorise une communication authentique et profonde.

Si le thérapeute offre au patient une écoute empathique et bienveillante faite d'acceptation, de non-jugement, de partage émotionnel et de compréhension, il l'encourage à exprimer plus librement ses émotions, ses sentiments et ses pensées. L'accueil chaleureux du thérapeute autorise le patient à dépasser ses inhibitions, ses blocages, ses sentiments de honte et de culpabilité, à mieux s'accepter lui-même et à surmonter ses conflits intérieurs :

« Une fois libéré de ses sentiments créateurs de tension, le client est enclin à se sentir plus à l'aise et plus objectif avec lui-même et avec la situation. » (Rogers, 1980, p. 173)

Ce mouvement d'expression lui permet de se réapproprier ses émotions et sentiments inhibés, projetés ou déniés et ainsi de rétablir une plus grande unité intérieure. Le patient peut pleinement accueillir dans sa conscience ce qu'il éprouve dans son corps et son ressenti affectif ; mais il peut aussi le montrer et le communiquer à autrui. C'est ce que Carl Rogers appelle la *congruence*. Ce terme désigne la coïncidence, la cohérence et la fluidité entre le vécu émotionnel, la conscience que l'on en a et la façon dont on les communique à autrui.

Nos conflits intérieurs naissent d'une discordance et d'un antagonisme entre nos besoins spontanés, nos désirs, nos mouvements pulsionnels et émotionnels d'un côté, et de l'autre les injonctions de notre conscience (qui sont l'intériorisation des injonctions parentales et sociales à l'origine du surmoi et de l'idéal du moi) et les attentes relationnelles envers autrui (être reconnu, être accepté, être aimé...).

Tirillés entre ces exigences contradictoires, nous nous protégeons souvent en nous coupant des émotions et des sentiments qui sont sources de conflit. Cependant toujours présents en nous, ils sont la source de tensions, de malaises, de sensations d'angoisse, de culpabilité ou de dépression ; ils alimentent divers symptômes psychiques ou somatiques.

En encourageant le patient à exprimer ce qu'il ressent, le thérapeute l'aide à se mettre à l'écoute de ses émotions inhibées ou refoulées. Mais celui-ci bute sur les défenses qui l'en protègent : mise à distance, contrôle, rigidités, rationalisation, déviation, inversion, conversion somatique... Il faut que le patient perçoive ces mécanismes et arrive à les assouplir pour pouvoir entrer en contact avec ses impulsions refoulées. C'est alors que les émotions et les sentiments rejetés par la conscience peuvent resurgir et s'exprimer dans la relation thérapeutique. Ce mouvement tend à ramener au jour les conflits sous-jacents, à leur permettre une résolution et à rétablir la congruence dans les zones dissociées.

JEAN qui a beaucoup de peine à s'affirmer face à l'autorité exprime son contentement d'avoir pu défendre son point de vue devant son patron. Cependant, une grimace de souffrance déforme son visage. Le thérapeute attire son attention là-dessus ; mais Jean n'en voit pas la raison et souhaite passer à autre chose. Le thérapeute lui dit que son corps cherche à exprimer quelque chose et lui suggère de l'écouter. Jean perçoit alors qu'il éprouve une vive douleur à la nuque et dans les épaules.

LE THÉRAPEUTE. — Que ressens-tu ?

J. — Je me sens très tendu, j'ai peur, j'ai l'impression d'être coupable. Je vais prendre une raclée (*il protège sa nuque avec ses mains*).

T. — Tu es coupable de quoi ?

J. — D'avoir tenu tête à mon patron ; je n'aurais pas dû ; je vais être puni.

T. — Qui te le dit ?

J. — C'est Dieu. Et pourtant j'y crois pas. C'est ma conscience, quoi ! (*Une expression de terreur passe sur son visage.*)

T. — Tu as peur ?

J. — Oui j'ai peur qu'on me frappe.

T. — Qui « on » ?

J. — Je ne sais pas... Mon père. Il me faisait tellement peur quand j'étais petit ; à la moindre incartade j'avais droit à une raclée (Jean serre les poings).

T. — Tu serres les poings. Que ressens-tu ?

J. — Ah oui, j'ai envie de me défendre, de frapper à mon tour ; je ressens de la colère, je voudrais lui casser la gueule ; il n'avait pas le droit ! salaud ! salaud...

On voit que c'est à travers ses manifestations corporelles que Jean arrive à percevoir les émotions dont il s'était coupé et à retrouver la culpabilité, la peur et la colère de son enfance à l'égard de son père... sentiments qui le perturbent aujourd'hui encore face à l'autorité.

Jeux et scénarios

Le contact avec les émotions refoulées et leur abréaction dans la relation thérapeutique favorise la congruence, et par là même l'intégration de la personnalité. Ce processus constitue une part importante du travail thérapeutique. Mais, quelquefois, il n'est pas suffisant.

Le patient ressent qu'il est perturbé par des émotions qui se répètent sans pouvoir les contrôler ni en comprendre la signification. Il est le jouet d'angoisses, de sentiments de culpabilité, de honte ou de dévalorisation, d'accès de colère, de mouvements dépressifs dont il ne saisit pas bien la nature et l'origine.

CHLOÉ vient de rompre avec son ami. Après une dispute, celui-ci lui a dit que c'était fini, qu'il ne voulait plus la revoir. Leur relation n'était guère satisfaisante et Chloé avait envisagé elle-même de l'interrompre. Pourtant, elle arrive totalement bouleversée en séance. Elle se sent profondément déprimée, sa vie n'a plus de sens ; elle n'a plus de raison de vivre et pense qu'elle devrait en finir. Le thérapeute lui renvoie la démesure de sa réaction face à la perte d'une relation qu'elle jugeait auparavant médiocre et sans avenir. Il lui rappelle que plusieurs fois elle s'était plainte de son ami, estimant qu'ils n'étaient pas faits l'un pour l'autre. Mais rien ne soulage sa douleur. Elle se sent niée, rejetée et sans valeur. Elle s'accuse d'avoir tout gâché ; elle n'aurait jamais dû lui faire des reproches ; c'est de sa faute et elle est punie.

En même temps, elle ressent aussi un profond sentiment d'échec et d'injustice : elle ne compte pour personne, personne ne peut l'aimer. Bientôt elle bascule dans la colère : c'est un « pauvre type », il ne la « mérite pas », elle va se « venger » et tout raconter à sa femme (car son ami est marié).

Chloé ne comprend pas pourquoi elle est si profondément atteinte. Elle se sent complètement submergée par l'angoisse d'abandon et de rejet, la perte du goût de vivre, la culpabilité, la honte et la colère. Ce n'est, d'ailleurs, pas la première fois qu'elle vit un tel cataclysme : ce drame s'est déjà répété trois fois depuis qu'elle est en thérapie.

C'est ainsi que le patient est souvent pris dans une sorte de « scénario » auquel il se soumet à son insu et dont il n'arrive pas à s'échapper¹. L'irruption répétitive d'émotions perturbantes signale le fait que le scénario est activé et que le « jeu » va s'enclencher sans que le « joueur » puisse enrayer ou contrôler son déroulement. Inconsciemment, il choisit même des partenaires qui vont lui donner la réplique parce qu'ils sont pris, eux aussi, dans le même scénario avec des rôles complémentaires.

Ainsi Chloé choisit chaque fois de jeter son dévolu sur des hommes mariés ayant une position sociale valorisante à ses yeux. Elle les séduit par son image de femme libre, sensuelle, pleine de gaîté et de fantaisie. Elle semble leur proposer une aventure sexuelle sans conséquences. Mais une fois qu'elle est arrivée à ses fins, son attitude change. Elle devient exigeante, pressante, réclamant toujours plus d'attention et de présence. Ses partenaires prennent peur ; ils cherchent à mettre de la distance ; mais Chloé en devient d'autant plus insistante, supportant mal le lien de son amant à sa femme légitime. L'aventure légère tourne au drame... jusqu'à la rupture prévisible.

Grâce au travail thérapeutique, Chloé sent bien qu'elle tend à provoquer ce qu'elle redoute, que les émotions qui l'assaillent l'amènent à des comportements compulsifs qui déclenchent les réactions qu'elle voudrait éviter. Mais elle ne saisit pas très bien l'enchaînement, la logique qui sous-tend ce scénario. Comment éclairer cet aspect ?

Nous savons tous que certaines situations qui paraîtraient anodines à d'autres peuvent déclencher chez nous des réactions émotionnelles exacerbées (anxiété, culpabilité, colère, sentiment dépressif...). L'exemple typique est la réaction phobique : monter dans un ascenseur, entrer dans un magasin, voir passer une souris peut provoquer chez certains une crise de panique. Les réactions émotionnelles perturbantes vont entraîner le plus souvent des « réponses » comportementales inadaptées (s'enfermer chez soi, boire de l'alcool, s'emporter contre ses enfants...).

Une première tâche, en thérapie, est de repérer les caractéristiques de la situation qui servent de déclencheurs aux réactions émotionnelles. Ces caractéristiques sont des sortes de déclics qui entrent en résonance avec des représentations plus ou moins conscientes qu'elles tendent à activer.

1. Les notions de *scénario* et de *jeu* ont été particulièrement élaborées et développées par Eric Berne, le fondateur de l'analyse transactionnelle (cf. *Des jeux et des hommes*, Stock, 1967 et *Que dites-vous après avoir dit bonjour ?*, Paris, Tchou, 1967).

Par exemple, CHLOÉ téléphone à son ami ; elle tombe sur son répondeur et lui laisse un message lui demandant de la rappeler. Une heure, deux heures... pas d'appel. Elle commence à se sentir frustrée et anxieuse : pourquoi ne rappelle-t-il pas ? Elle n'y tient plus ; elle retéléphone et laisse un message où elle manifeste son irritation. Pas de réponse. Sa tension monte de plus en plus ; et lorsque son ami l'appelle enfin, elle l'accueille par un flot de reproches.

Pour comprendre ces réactions émotionnelles excessives, il faut saisir que le déclencheur (la non-réponse de son ami) active chez elle tout un ensemble de pensées latentes : « Il ne s'intéresse pas vraiment à moi » ; « je ne vauds rien » ; « les hommes ne me recherchent que pour le sexe » ; « on ne peut pas m'aimer » ; « il va me laisser tomber »... Ces pensées ne sont pas nécessairement formulées consciemment ; elles se déroulent le plus souvent de manière subliminale (à la limite de la conscience) d'une façon automatique et extrêmement rapide ; mais elles constituent un « complexe », en lien avec un fantasme inconscient, qui provoque les manifestations émotionnelles. Le sujet ressent fortement ces manifestations mais ne perçoit pas les pensées qui les ont suscitées.

C'est peu à peu que CHLOÉ a pu prendre conscience de ces pensées latentes et les relier à certaines caractéristiques de son histoire.

Son père, directeur d'entreprise, était un homme très occupé. Amoureux de sa femme, il lui consacrait ses rares loisirs en délaissant un peu ses enfants. Petite, Chloé recherchait d'autant plus son attention et son affection que sa mère était beaucoup plus fixée sur son frère et se montrait froide à son égard. Mais son père ne semblait pas la voir. Alors, peu à peu, elle a adopté une attitude provocante à son égard ; elle est devenue capricieuse, exigeante, insupportable, suscitant des réactions exaspérées de sa part allant jusqu'aux paires de claques. À l'adolescence, elle a multiplié les flirts, les tenues provocantes, les sorties nocturnes, défiant son père jusqu'à ce qu'il finisse par la mettre à la porte. Elle a vécu ce rejet de façon catastrophique. Elle s'est sentie totalement niée et abandonnée et a sombré dans une dépression profonde dont elle a mis plus d'une année à se sortir.

C'est en envisageant le présent à la lumière de cette histoire qu'on peut saisir comment s'est construit le « scénario » de Chloé : rechercher des hommes mariés ; essayer de les séduire ; devenir capricieuse et insistante ; avoir des comportements provocants jusqu'à ce qu'ils la rejettent et rompent la relation. Et chaque fois, elle revit les mêmes émotions intenses : angoisse, culpabilité, sentiment d'injustice, colère, dépression...

On voit tout ce que l'attention portée à l'expression corporelle et émotionnelle a apporté à la pratique de la psychothérapie. Elle permet un accès plus direct aux aspects inconscients du fonctionnement psychique ; elle nourrit l'empathie du thérapeute et favorise une communication authentique. Elle constitue la boussole qui guide une démarche active visant la dissolution des blocages corporels, l'abréaction des émotions refoulées et la modification des scénarios figés.

Chapitre 10

RÉSISTANCES ET DÉFENSES

- VÉRONIQUE s'aperçoit régulièrement qu'elle a complètement oublié le contenu de sa dernière séance. D'ailleurs, elle avoue qu'une fois sortie du cabinet du thérapeute, elle « ne pense plus à tout ça ». Allongée sur le divan, elle éprouve des émotions intenses mais n'arrive pas à mettre des mots dessus. Elle s'efforce constamment de deviner les attitudes du thérapeute, ce qu'elle pourrait exprimer pour apparaître à ses yeux comme digne d'intérêt. À l'évidence, elle soigne particulièrement ses tenues et son maquillage lorsqu'elle se rend chez lui sans vouloir vraiment le reconnaître.
- GÉRARD, à peine installé raconte d'une voix précipitée les mille et une aventures qui lui sont arrivées pendant la semaine ; il a l'art du récit, sait rendre pittoresque la moindre anecdote et guette avec avidité une mimique de surprise, un sourire amusé, une lueur de curiosité sur le visage du thérapeute. L'interrompre est une prouesse. À la fin de la séance, il s'exclame souvent : « Qu'en pensez-vous ? », comme si le thérapeute pouvait lui livrer la signification de ses récits. Quelquefois il ajoute : « J'ai encore trop parlé ; n'hésitez pas à m'interrompre, car sinon, ça ne m'apporte rien. »
- ÉLIANE arrive fréquemment très agitée, pleine d'émotions dont elle voudrait se débarrasser. Mais quand le thérapeute lui suggère de laisser s'exprimer ses émotions, elle dit ne plus rien ressentir. De temps en temps, son regard s'embue de larmes et le thérapeute lui dit qu'elle a certainement envie de pleurer ; mais elle reproche au thérapeute de la bloquer par ces remarques : « Il suffit que vous me demandiez de me laisser aller pour que je ne puisse pas le faire ». En général, c'est sur le pas de la porte qu'elle éclate en sanglots, se plaignant que le thérapeute la laisse repartir dans un tel état.

- MICHEL raconte ses déboires conjugaux d'une voie monocorde : sa femme est la source de tous ses problèmes : comment éviter ses crises, ses sautes d'humeur, ses bouderies interminables ? Aucune émotion n'affleure dans ses plaintes répétitives ; et si le thérapeute lui demande ce qu'il ressent en racontant tout cela, il répond invariablement : « Rien de particulier ». Envisage-t-il de se séparer d'une épouse aussi difficile ? Il démontre alors que c'est impossible, qu'il ne peut pas l'abandonner, qu'il doit préserver la cohésion de sa famille pour ses enfants. Ce qu'il faudrait, c'est qu'il puisse la changer, puisqu'il n'y a pas d'autre problème que le caractère de sa femme.
- LUCIE entame sa psychothérapie avec enthousiasme ; d'ailleurs, elle envisage de devenir elle-même thérapeute ; c'est sa motivation essentielle car, sinon, « elle n'a pas de problèmes ». Sa thérapie avance très vite car elle a beaucoup d'intuition et une compréhension fine des mécanismes psychologiques. Cependant, séance après séance, elle découvre que la façon de voir sa vie se modifie. Elle qui s'était décrite comme une enfant heureuse, « sans histoires », s'aperçoit que ne remontent du passé que des souvenirs douloureux. Elle se sent de plus en plus angoissée ; les propos du thérapeute y voyant une preuve de l'engagement du processus ne la rassurent pas. Sous différents prétextes, elle espace les rendez-vous. Après une séance particulièrement riche, elle ne vient pas à la suivante et, malgré un message du thérapeute, ne donne plus aucune nouvelle.

Ces quelques exemples, qui auraient pu être poursuivis, illustrent la notion de résistance et de défense en psychothérapie. Ils soulignent un apparent paradoxe : le patient vient avec la demande de changer mais résiste en fait aux conditions du changement.

DES FORCES QUI FONT OBSTACLE À LA GUÉRISON

Le travail sur les résistances est donc inhérent au processus thérapeutique ; il est plus ou moins pris en compte dans les différentes thérapies, mais aucune ne peut l'ignorer. C'est Freud qui, le premier, a mis ce phénomène en lumière et en a fait, peu à peu, un axe majeur de la pratique psychanalytique. Il le constate dès l'époque des *Études sur l'hystérie* (1895) et définit la résistance comme « ce qui entrave le travail thérapeutique », l'ensemble des forces et des manifestations qui font obstacle chez le patient à la guérison.

On sait que peu à peu pour la psychanalyse, le travail des résistances est devenu l'un des deux fils conducteurs (avec le travail sur le transfert) de la démarche thérapeutique.

Cette place centrale ne se retrouve pas toujours dans d'autres démarches, mais rares sont celles qui ne prennent pas en compte l'abord des résistances. On peut noter pourtant, à ce propos, la position intéressante et un peu provocante de Carl Rogers qui disait :

« Bien qu'on ait beaucoup écrit au sujet de la résistance en thérapie, je suis actuellement enclin à ne pas être d'accord avec la plupart des opinions qui ont été exprimées, et je propose une autre hypothèse qui peut être mise à l'épreuve, je l'espère, au fur et à mesure que notre connaissance de la thérapie s'accroît. Cette hypothèse est que la résistance à la thérapie et au thérapeute n'est ni une phase inévitable, ni une phase désirable de la psychothérapie, mais qu'elle naît avant tout des piètres techniques de l'aidant dans le maniement des problèmes et des sentiments du client. Plus exactement, même, elle naît des efforts maladroits du thérapeute pour accélérer le processus thérapeutique en mettant sur le tapis des attitudes affectives que le client n'est pourtant pas encore capable d'affronter » (1991, p. 155).

En tout cas, cette proposition, si elle est discutable, ne peut qu'être utile à l'« hygiène » personnelle du thérapeute (« En quoi suis-je responsable des résistances de mon client ? »).

Cependant tout psychothérapeute sait bien qu'il est confronté à certains moments aux résistances du patient ; et c'est surtout la façon de faire face à ces résistances qui diffère d'une démarche à l'autre. Comme le souligne James Kepner, un thérapeute gestaltiste :

« Dans toutes les psychothérapies, qu'elles soient comportementales, analytiques, systémiques, physiques ou verbales, le phénomène de la résistance apparaît à un moment ou à un autre. Même si le patient exprime un authentique désir de changer, même si l'analyse est conduite de façon intelligente avec les outils les plus appropriés, au bout d'un moment, la thérapie n'avance plus. Le patient sait parfaitement ce qu'il, ou elle, « devrait » ou veut faire et pourtant il ou elle n'y parvient pas. Le thérapeute voit une direction qui pourrait apporter un développement positif, mais il est incapable d'y conduire son patient. Tout se passe comme si le patient (qu'il soit seul ou en groupe, que ce soit un couple ou une famille) sapait tous les efforts que le thérapeute déploie pour l'aider, et persistait à adopter un comportement apparemment malsain. » (Kepner, 1998, p. 73)

Le travail des résistances ne peut être dissocié d'une compréhension des mécanismes en jeu et, donc, d'une théorie de la résistance. Et c'est certainement la psychanalyse qui nous offre la conceptualisation la plus approfondie et la plus complète du phénomène.

QU'EST-CE QUE LA RÉSISTANCE ?

Dès les *Études sur l'hystérie*, Freud s'aperçoit donc qu'il y a dans le travail thérapeutique une « résistance (*Widerstand*) à vaincre » chez le patient :

« Par mon travail psychique, je devais vaincre chez le malade une force psychique qui s'opposait à la prise de conscience » (Freud, 1895, p. 216).

Très vite, il saisit la nature de cette force, liée au mécanisme de refoulement. Il s'agit d'une sorte de répulsion qui rejette hors de la conscience des représentations qui sont intolérables ou pénibles pour le moi. Ainsi, très tôt, Freud relie la résistance aux défenses du moi. Par son travail thérapeutique, il tend à faire resurgir la représentation refoulée :

« En m'efforçant, écrit Freud, de diriger vers elle l'attention du patient, je sentais cette force de répulsion, celle même qui s'était manifestée par un rejet lors de la genèse du symptôme, agir sous forme d'une *résistance*. » (*id.* p. 217)

Freud constate aussi que plus on se rapproche du noyau pathogène, plus la résistance augmente. Il est alors tenté de considérer dans un premier temps la résistance comme un obstacle à éliminer. Ce qu'il fera par l'insistance et la persuasion, notamment à travers le procédé technique de la pression des mains sur le front (« Qu'avez-vous vu ? », « À quoi avez-vous pensé ? »). Mais peu à peu il se rend compte de la difficulté et de l'inutilité de forcer les résistances. Elles constituent un indicateur important des conflits psychiques, puisqu'elles sont en liaison à la fois avec les défenses du moi et les représentations refoulées. Dès lors, Freud abandonne la pression et le forçage des résistances pour leur interprétation.

Cette conception de la résistance va demeurer tout au long de la construction théorique de Freud ; et l'on retrouve dans l'un de ses derniers écrits (« L'analyse avec fin, et l'analyse sans fin », 1937) la formulation suivante : « Les mécanismes de défense contre les dangers anciens font retour dans la cure sous forme de résistances à la guérison. »

Pendant, tout en maintenant cette proposition, il est amené à étendre les sources de résistance en fonction, notamment, des remaniements de la deuxième topique. Ainsi, dans *Inhibition, symptôme, angoisse* (1926, p. 88) est-il conduit à distinguer cinq sortes de résistances : trois provenant du moi, une du ça et une du surmoi.

« La première de ces trois résistances du moi est la résistance de refoulement », celle-là même qu'il avait décrite dans les *Études sur l'hystérie*. D'autre part, « il faut distinguer la *résistance de transfert* », en liaison avec le transfert sur l'analyste qui conduit le patient à chercher à satisfaire ses désirs plutôt qu'à les analyser.

Une troisième résistance provient des « bénéfices de la maladie », ce que l'on appelle les « bénéfices secondaires ». Le moi refuse de renoncer aux satisfactions tirées des symptômes.

Une quatrième résistance, que Freud attribue au ça, vient de « la compulsion de répétition, l'attraction exercée par les prototypes inconscients sur le processus pulsionnel refoulé ». C'est ce que Freud désigne aussi comme « viscosité de la libido », difficulté à se détacher des investissements libidinaux infantiles pour réinvestir de nouveaux objets. C'est cette forme de résistance qui rend nécessaire la « perlaboration », c'est-à-dire

l'interprétation répétée des résistances qui tendent à se reproduire même si le patient a reconnu la pertinence de l'interprétation. Enfin, une cinquième résistance provient du surmoi et du sentiment de culpabilité qu'il engendre : le patient y répond par un besoin de punition qui s'oppose à la guérison.

Ces cinq formes de base se retrouvent peu ou prou chez tout patient ; ce qui n'exclut pas d'autres types de résistance plus en lien avec les mécanismes de défense utilisés par chaque patient en fonction de sa structure de personnalité.

Les manifestations cliniques de la résistance et leur analyse

Dans le travail thérapeutique, les résistances s'expriment notamment par certaines attitudes répétitives que les thérapeutes et les patients reconnaîtront aisément et dont on peut relever brièvement les plus fréquentes.

ATTITUDES QUI EXPRIMENT DES RÉSISTANCES

1. Préparer trop les séances pour éviter les silences, l'inattendu et l'expression spontanée.
2. Ritualiser les séances, qui obéissent ainsi à un déroulement stéréotypé ou à une stratégie de « remplissage » (toute forme de rigidité dans le déroulement peut jouer ce rôle).
3. N'avoir rien à dire : l'ennui, le vide, le silence (« je ne pense à rien », « je n'ai rien à dire »)¹.
4. La « banalisation » : n'aborder que des sujets superficiels ; en rester à une communication sociale ; « bavarder » ; rester dans la narration d'événements extérieurs ; utiliser des clichés, des stéréotypes et un langage conventionnel.
5. L'absence d'émotion et d'affect se traduisant par un discours plat, monotone, désaffectivé ou un affect un peu artificiel comme la « bonne humeur » de commande (« Tout va bien », « je sens que ça va beaucoup mieux »).
6. L'évitement des thèmes les plus impliquants : ils ont trait généralement à la sexualité, à l'argent, à des pratiques et comportements sources de honte ou de culpabilité, aux réactions transférentielles...
7. La fuite de la relation à l'analyste : évitement du regard, refus de parler de l'analyste, idéalisation de l'analyse... qui peuvent manifester une résistance *au* transfert.
8. Les « *acting out* » : oubli de séances, déplacements continuels, retards fréquents, oubli de payer et toute autre forme d'*acting out* (« passage à l'acte », exprimant les résistances du patient).



1. Bien entendu, tout silence n'est pas nécessairement une résistance.



9. « Jouer à la thérapie » : le patient aborde le travail thérapeutique en « bon élève » ; il apporte des rêves, donne des associations, interprète, parle avec complaisance de son transfert, de ses projections, de ses motifs inconscients. Mais tout cela reste superficiel et apparaît comme un moyen de séduire le thérapeute, en évitant une implication authentique.
10. Penser que sa thérapie est terminée (lorsqu'à l'évidence elle ne l'est pas).

Cette liste¹, largement valable pour différentes démarches thérapeutiques, relève les attitudes générales les plus fréquentes. Mais, plus finement, on pourrait montrer que chaque résistance renvoie à une ou plusieurs formes de mécanisme de défense répertoriée². Par exemple : l'oubli par le patient de ce qui s'est passé lors de la dernière séance montre l'action du refoulement ; un récit désaffectivé suppose un mécanisme d'isolation (une représentation est vidée de ses résonances affectives) ; une attitude soumise, une formation réactionnelle contre les pulsions agressives...

L'analyse des résistances ne présente pas seulement un intérêt quant au bon déroulement du processus thérapeutique. Elle renseigne aussi sur le fonctionnement du moi et sa relation aux objets, sur ses mécanismes de défense prévalants et sur les conflits qui les sous-tendent.

LES RÉSISTANCES ET LE CORPS

Les résistances et défenses n'impliquent pas seulement la parole ; elles trouvent aussi une inscription corporelle. C'est Reich qui, le premier, a mis cet aspect en lumière, apportant ainsi un élément essentiel dans la réflexion théorique et pratique sur le travail des résistances (cf. *L'Analyse caractérielle*, 1933).

Ses contributions portent sur trois points essentiels :

- la primauté temporelle du travail des résistances sur les autres aspects du travail analytique ;
- l'importance des résistances caractérielles ;
- et l'inscription corporelle des mécanismes de défense.

Il considère deux phases dans le processus thérapeutique. La première est centrée sur le *travail des résistances* :

1. Cette liste s'inspire de ce qui est proposé par Greenson (1977). On trouve dans cet ouvrage un exposé très complet sur la résistance, son abord théorique et son maniement pratique dans la cure psychanalytique.

2. Cf. sur l'inventaire des mécanismes de défense, l'ouvrage collectif dirigé par Ionescu, 1997.

« Il s'agit de les rendre accessibles à la conscience du malade pour que celui-ci puisse les interpréter et les éliminer. » (Reich, 1933, p. 37)

La seconde concerne l'interprétation de ce qui est apporté par le patient.

Pour Reich, la levée des résistances doit précéder l'interprétation du matériel ; sinon cette interprétation sera de peu d'effet¹. C'est un travail délicat qui demande de la part de l'analyste beaucoup de savoir-faire :

« le médecin doit comprendre une fois pour toutes que tout arrêt inexplicé de l'analyse est toujours imputable à la maladresse de l'analyste » (*id.*, p. 39),

ce qui rappelle la position de Carl Rogers présentée un peu plus haut.

Il faut notamment qu'il soit attentif au transfert négatif latent que peut souvent cacher un apparent transfert positif et qui est une des résistances typiques.

« L'analyste considéré comme perturbateur de l'équilibre névrotique fera toujours figure d'ennemi, peu importe si les affects projetés sur lui sont des pulsions d'amour ou de haine. » (*id.*, p. 48).

La résistance ne doit être interprétée que lorsqu'elle atteint une maturation complète. Il s'agit alors de la rendre consciente au malade ; ensuite de montrer *comment* elle opère et *contre quoi* elle est dirigée. Il faut partir de sa signification actuelle pour ensuite mettre en évidence son contenu infantile.

Les résistances latentes se traduisent souvent davantage dans les attitudes du patient que dans le contenu de ce qu'il exprime : par exemple,

« une politesse exagérée cache toujours des critiques inconscientes, une attitude de méfiance ou de mépris. » (*id.*, p. 45)

L'analyse des résistances doit donc s'inspirer de certaines règles : elle doit suivre une ligne cohérente et opérer avec prudence, modération, continuité et progressivité.

« L'interprétation peut être comparée à un remède précieux à employer en petites doses sous peine de lui enlever toute efficacité. » (*id.*, p. 51)

Ainsi Reich est un des premiers à marquer la place spécifique du travail sur les résistances et à en établir les modalités.

1. « Pas d'interprétation de fond tant qu'il y a des résistances à interpréter », Reich, 1971, p. 43. Cette affirmation semble un peu catégorique. On peut penser que le travail des résistances et la compréhension du matériel vont de pair et peuvent alterner dans le processus thérapeutique (chaque levée de résistance permettant d'accéder à de nouveaux éléments).

Les résistances caractérielles

Un autre apport important de Reich est de mettre en relief et de souligner la place centrale de ce qu'il appelle les « résistances caractérielles ». Ainsi écrit-il :

« Au cours de l'analyse, le caractère en tant que mode typique de réaction apparaît comme la résistance la plus importante que le malade oppose à la découverte de son inconscient. » (*id.*, p. 144)

Reich analyse le caractère comme une « modification chronique du moi », élaborée pendant l'enfance, qui tend à se répéter de manière automatique et rigide :

« Elle vise à protéger le moi contre les dangers externes et internes qui l'assaillent. En tant que mécanisme de protection permanent, il mérite parfaitement le nom de *cuirasse*. » (*id.*, p. 145)

Les défenses caractérielles sont d'autant plus tenaces qu'étant intégrées à la personnalité du patient, elles lui semblent naturelles, contrairement aux symptômes que le sujet ressent comme un corps étranger au moi. Elles s'expriment dans l'analyse sous forme de résistance et apparaissent d'abord dans le comportement du patient et sa manière de s'exprimer : langage utilisé, tonalité de la voix, regard, postures, mimiques... ce qui fait dire à Reich que

« la *forme* des communications est plus importante, au moins pendant la phase initiale de l'analyse, que leur contenu. » (*id.*, p. 59)

Face à ces résistances, il s'agit moins d'avoir une action pédagogique et d'inciter le patient à modifier son comportement que de désigner le trait caractériel à l'attention du malade pour l'amener à percevoir sa fonction (par exemple, souligner à un patient sa soumission passive peut l'amener à percevoir qu'elle sert de défense contre ses impulsions agressives).

Il faut donc que le sujet prenne conscience qu'il se défend ; puis perçoive *comment* il s'y prend ; ensuite comprenne la *signification* de la résistance ; enfin réalise *contre quoi* il se défend : en levant la résistance caractérielle, on favorise l'émergence des impulsions infantiles qu'elle sert à endiguer. C'est pourquoi l'analyse des défenses caractérielles provoque souvent des explosions émotionnelles intenses que le psychothérapeute doit savoir gérer. Mais le renvoi à la signification infantile ne peut se faire que « lorsque sa signification actuelle aura été clairement établie » (p. 87). Il y a donc une progressivité du travail des résistances qui va de leur manifestation « ici et maintenant » à leur origine infantile.

Apportons un exemple :

CHRISTIAN est un homme d'une trentaine d'années. Il est très attaché à toute sa famille. L'idée que ses parents puissent être malades ou risquent de mourir le remplit de panique. Il est très angoissé chaque fois qu'il doit se séparer de sa femme. Il est également perturbé par des rituels qu'il tend à cacher à son entourage.

À l'égard de son thérapeute, il se montre attentif et prévenant. Il s'enquiert régulièrement de sa santé et s'efforce de le dérider par quelque plaisanterie lorsqu'il lui donne l'impression d'être préoccupé. Il est très coopératif, note scrupuleusement ses rêves, qu'il relate longuement dans les moindres détails. Cependant, au bout de quelques mois, certains comportements alertent le thérapeute : il est souvent en retard, demande à déplacer des séances, oublie régulièrement de les régler. Lorsque le thérapeute le lui fait remarquer, il se montre confus, s'en excuse vivement, mais n'y voit aucune signification. Pourtant, il se rend compte peu à peu que ses retards ne sont pas vraiment justifiés ; de même que le déplacement des séances. Il reconnaît que le coût des séances lui pèse et qu'il n'est pas mécontent de faire attendre un peu le thérapeute.

Il s'aperçoit aussi que le récit détaillé de ses rêves le rassure car il a ainsi quelque chose à raconter. Qu'il puisse simplement exprimer ce qui lui vient spontanément l'angoisse profondément ; il est particulièrement inquiet à l'idée qu'il pourrait dire du mal de ses parents, et notamment de son père. Il prend conscience que ses résistances visent à contrôler et ralentir l'avancée de la thérapie et qu'il lutte contre la possibilité de se laisser aller. Il redoute surtout d'exprimer de l'agressivité et se sent très angoissé lorsqu'il découvre que ses comportements peuvent trahir une agressivité masquée envers le thérapeute. Sa prévenance, son souci à l'égard du thérapeute sont autant de moyens d'annuler toute forme d'agressivité. Il fait le lien avec son attitude vis-à-vis des membres de sa famille. Il apparaît clairement que ses résistances ont une fonction ambivalente : à la fois elles sont un moyen de garder le contrôle de la situation et d'endiguer toute expression émotionnelle, notamment toute forme d'agressivité ; en même temps, elles manifestent indirectement cette agressivité à l'égard du thérapeute et, au-delà de celui-ci, à l'égard de ses parents.

Ce travail dure plusieurs mois et cette même analyse doit être reprise sous plusieurs aspects. Il entraîne un changement significatif chez Christian. Vis-à-vis du thérapeute, il adopte un ton plus ouvertement ironique et critique. À l'extérieur, il a un violent accrochage avec son beau-père dont il supportait jusque-là avec gentillesse l'attitude tyrannique ; il cesse d'appeler quotidiennement ses parents pour s'enquérir de leur santé. En même temps, il retrouve avec surprise des souvenirs d'enfance qu'il avait complètement effacés, notamment ses accès de colère contre son père qui ne manquait jamais une occasion de marquer sa supériorité et de l'humilier en le traitant d'« incapable » et de « petit branleur ». Ceux-ci avaient d'ailleurs disparu vers l'âge de dix ans et avaient laissé place à une attitude de soumission et aux premières manifestations d'angoisse : à cette époque, il avait eu des tics qui exaspéraient ses parents, notamment celui de cracher de façon compulsive ; ou il accomplissait certains rituels pour pouvoir se coucher. Durant la même période, il avait, au désespoir de ses parents, commencé à être en échec scolaire (justifiant ainsi le jugement du père qui le traitait de « bon à rien ») et à commettre de petits larcins (en volant régulièrement de l'argent dans le porte-monnaie familial).

C'est à partir du travail sur ses résistances que Christian a pu se réapproprier son histoire et sa signification et comprendre ses symptômes actuels comme une formation réactionnelle à ses pulsions agressives (notamment à l'égard de son père).

L'inscription corporelle des défenses : la cuirasse musculaire

Reich a aussi montré que chaque mécanisme de défense a une certaine expression corporelle. Il établit notamment « l'identité de la cuirasse caractérielle et de l'hypertension musculaire » (p. 288). Ainsi, les défenses caractérielles tendent à s'accompagner de tensions musculaires touchant plus particulièrement certaines régions du corps (nuque, gorge, cage thoracique, abdomen...). Dès lors, le travail sur les résistances porte à la fois sur leur expression psychique et sur leurs manifestations corporelles. C'est la grande nouveauté qu'il a introduite par rapport à la démarche psychanalytique classique et qui a exercé une influence décisive sur les thérapies psychocorporelles (bioénergie, analyse primale, gestalt-thérapie, *rebirth*...).

Reich, pour parler du travail sur les résistances, emploie souvent des métaphores guerrières : « attaque », « ennemi », « conquêtes », « front », « stratégies », « place forte », « saper », « démanteler »... Cependant, le travail qu'il propose reste un travail subtil, nuancé, précis qui pour se vouloir systématique sait éviter le forçage¹. Ses disciples prendront beaucoup plus ces métaphores au pied de la lettre, comme dans la bioénergie ou l'analyse primale dans lesquelles il s'agit parfois de « casser » les résistances du patient. Or Reich n'a jamais prétendu que la santé consistait en une absence de défenses (comme le fera, par exemple, Janov), mais dans des défenses souples, mobiles et adaptées.

Sa contribution durable à la démarche thérapeutique revient à souligner l'importance, la *priorité* et la progressivité du travail des résistances et à montrer que ce travail peut s'effectuer à la fois sur leur expression psychique et leur manifestation corporelle ; c'est ce dernier point qui inspire l'innovation technique fondamentale des thérapies psychocorporelles.

Autres apports

Pour clore cet exposé succinct sur l'abord psychanalytique des résistances, évoquons quelques autres prolongements novateurs.

Anna Freud qui a contribué à approfondir la notion de défense, a notamment montré que les résistances sont une source d'information essentielle sur le fonctionnement du moi et les mécanismes de défense qu'il utilise pour se protéger (*Le Moi et les Mécanismes de défense*, 1936).

1. Il parle ainsi de « défaire patiemment le nœud des résistances ».

Le mouvement kleinien a mis en relief les modes défensifs les plus archaïques contre les angoisses primitives, comme le clivage, le repli autistique ou l'identification projective... D. Winnicott a établi que le clivage peut atteindre le *self* lui-même et que c'est alors le « faux *self* » qui sert globalement de défense et de protection au « vrai *self* ».

Ferenczi, Balint, Winnicott ont mis l'accent sur l'importance de la *régression thérapeutique* pour « dégeler » ces structures clivées et ces résistances de type archaïque.

Enfin, tout un courant a montré l'existence, à côté des résistances provenant des défenses contre les pulsions sexuelles ou agressives, des *résistances narcissiques* liées aux défenses du sentiment d'identité dans les relations à autrui. Pour Kernberg, par exemple (1991), toutes les défenses ont, parmi d'autres fonctions, une fonction narcissique, celle de protection de l'image et de l'estime de soi.

Tous ces travaux ont également contribué à percevoir les résistances et les défenses, certes comme des mécanismes intrapsychiques, mais aussi comme des manifestations relationnelles qui s'expriment dans la communication à autrui. Dans le processus thérapeutique, ces manifestations s'actualisent dans la relation à l'analyste, notamment dans sa dimension transférentielle.

On voit, au total, que le mouvement psychanalytique, dans ses différentes composantes, a apporté une contribution majeure à la compréhension du phénomène de résistance dans le cadre thérapeutique. Cette élaboration, même si elle peut être discutée ou complétée sur certains points, apparaît comme un acquis solide, valable pour l'ensemble des psychothérapeutes.

Elle comporte quelques points forts présentés dans l'encadré ci-dessous.

ÉLABORATION DU PHÉNOMÈNE DE RÉSISTANCE

- La résistance est l'actualisation à l'intérieur du travail thérapeutique des mécanismes de défense utilisés par le patient.
- Ces mécanismes s'expriment dans les attitudes et comportements du patient (sa façon de parler, sa relation au thérapeute et à la situation, son expression corporelle, son rapport à la démarche thérapeutique, son discours...).
- Ils ont pour fonction de protéger le moi contre les affects pénibles (différentes angoisses, honte, culpabilité, atteintes narcissiques...) et contre les dangers qui le menacent, liés aux mouvements pulsionnels (libidinaux et agressifs), aux relations à autrui (peur de l'intrusion, du rejet, de l'abandon, de la dépendance, du jugement, de la dévalorisation...) ou à des événements traumatisants (violences, abus, deuils...).
- Ces mécanismes de défense sont souvent fixés sous forme de traits de caractère et s'expriment à la fois psychiquement et corporellement.
- Le travail thérapeutique tend à lever les résistances qui le freinent et à rendre les défenses qui les motivent plus souples et plus adaptées.

Encore une fois, ces différents points, schématiquement résumés, peuvent faire consensus pour des thérapeutes appartenant à différents courants.

COMMENT LES TRAITER ?

Mais une fois reconnue l'existence de ce phénomène, la question qui se pose est : comment le traiter ?

On a vu que les psychanalystes distinguent classiquement plusieurs modes d'intervention dans l'*analyse des résistances* :

- la *confrontation* : refléter la résistance au patient, l'amener à prendre conscience qu'il « résiste » ;
- l'*éclaircissement* : montrer comment elle fonctionne, quel rôle défensif elle revêt « ici et maintenant » ;
- l'*interprétation* : éclairer la signification inconsciente de la résistance en montrant à quel conflit défensif elle renvoie et en dégageant les sources infantiles de ce conflit ;
- la *perlaboration* : répéter l'élaboration interprétative à chaque occasion, jusqu'à ce que le patient puisse en comprendre clairement le sens et modifier son comportement de résistance.

Cependant, l'abord des résistances peut être différent dans d'autres démarches et certaines apportent des techniques intéressantes pour les surmonter.

Peut-on ignorer les résistances ?

Il y a d'abord tout un ensemble de démarches qui prennent le parti d'« ignorer » les résistances, c'est-à-dire qu'elles ne sont pas pointées et travaillées en tant que telles. Soit, comme on l'a vu avec Rogers, qu'elles sont considérées comme des réactions aux erreurs techniques du thérapeute. Soit qu'on s'arrange pour les contourner par un protocole planifié et une attitude pédagogique, comme dans les thérapies comportementales et cognitives. Soit qu'on y réponde par des manipulations stratégiques, comme dans les approches systémiques. Soit, enfin, qu'on fasse appel au volontarisme (« Si on veut, on peut ») et à la pression, comme dans les techniques de suggestion.

Dans certaines démarches psychocorporelles, les résistances sont aussi ignorées et contournées par l'action directive du thérapeute : par exemple, dans certaines pratiques s'inspirant de la bioénergie, c'est le thérapeute qui, par un massage en profondeur s'efforce de dissoudre les résistances musculaires ; ou dans le *rebirthing*, devant un blocage, le thérapeute se contente d'encourager le patient à « continuer de respirer ».

La position commune à plusieurs de ces démarches est que la prise de conscience et la compréhension par le patient de ses réactions défensives

ne sont pas indispensables ; c'est en quelque sorte une perte de temps et d'énergie. L'important est qu'il apprenne la « bonne » réaction, la bonne posture, la bonne façon de communiquer. Mais il y a alors le risque, auquel il est difficile d'échapper, de tomber dans une attitude normative, rééducative et « orthopédique » (avec les meilleures intentions dont on sait que l'enfer est pavé). Comme le note très justement Kepner :

« On ne se débarrasse pas simplement en les désapprenant de parties essentielles à l'individu. Pire, on peut tellement bien apprendre la nouvelle "bonne habitude", que le conflit originel en devient inaccessible, masqué sous une épaisse couche de répression secondaire » (1998, p. 77).

La thérapie risque dans ces cas-là de renforcer un « faux *self* » adaptatif dont on voit clairement la présence chez beaucoup de patients « guéris »... et même de thérapeutes.

À propos des psychothérapeutes, introduisons une remarque. Jusqu'ici, nous avons abordé les résistances comme une manifestation du patient. Mais il est important d'indiquer que le thérapeute peut lui aussi « résister » au processus ; il peut, à certains moments ou face à certains patients, se sentir menacé ou déstabilisé et mettre en œuvre des défenses qui jouent comme résistance au travail thérapeutique. On peut se demander, par exemple, si certaines attitudes de distance extrême, de retrait et de froideur (que l'on rencontre plus spécifiquement chez certains psychanalystes) ne sont pas une réaction défensive face à l'engagement qu'implique la relation au patient¹.

Ce que l'on peut aussi observer, notamment, lorsqu'il y a stagnation du processus thérapeutique, c'est un rapport de « collusion » entre les résistances du patient et celles du thérapeute : il y a une sorte d'accord inconscient pour renforcer mutuellement leurs résistances, les défenses du thérapeute entrant en résonance avec celles du patient en raison de conflits ou de besoins non résolus. L'analyse du contre-transfert, qui peut se faire notamment à travers la supervision, est un moyen de déjouer ce type de collusion².

Une contribution originale

Les thérapies psychocorporelles, et notamment la gestalt-thérapie, ont apporté une contribution originale et féconde à l'abord des résistances. Dès *Le Moi, la Faim et l'Agressivité*, Perls indique en quoi sa position diffère, à ses yeux, de celle de la psychanalyse :

1. Mais, à l'inverse, une attitude trop proche ou trop « amicale » peut renvoyer à une défense du thérapeute contre ses pulsions agressives ou contre sa peur du rejet.

2. Le psychanalyste américain Robert Langs a particulièrement étudié à partir de sa pratique de superviseur ce type de collusion qu'il appelle des « mésalliances thérapeutiques », cf. Langs, 1988.

« La psychanalyse a raison d'insister sur les résistances, mais elle le fait bien souvent dans l'idée qu'elles sont quelque chose d'indésirable – dont on doit se débarrasser au plus vite et détruire dès qu'elles surgissent, afin d'aboutir à un caractère normal. Cependant, la réalité est quelque peu différente. On ne peut détruire les résistances ; elles ne sont, de toute façon, pas un mal, mais bien plutôt une énergie intéressante de notre personnalité, nocive uniquement quand elle est mal employée » (p. 185).

Il propose aussi une classification des résistances (des défenses) en trois catégories : sensori-motrices (scotomisation, hyper et hypo-esthésie, tension musculaire...), intellectuelles (justification, rationalisation, censure...) et émotionnelles (répression, inhibition, refoulement...).

La position gestaltiste concernant la résistance reprend pour une part essentielle l'héritage des positions psychanalytique et reichienne :

- l'importance de la prise en compte et du travail des résistances ;
- la relation des résistances au travail thérapeutique avec les mécanismes de défense du patient ;
- la manifestation à la fois corporelle, émotionnelle et psychique des résistances et des défenses.

Cependant, elle diffère de ces approches en ne réduisant pas la résistance à une réaction défensive, faisant obstacle au processus et qu'il faudrait « lever » ou « dissoudre ». Perls y voit aussi des « expressions actives de vitalité », même si les résistances peuvent jouer un rôle pathologique par leur inadaptation ; c'est leur caractère automatique (« la force de l'habitude »), le fait qu'elles sont en partie inconscientes et inappropriées, qui entrave le développement et la maturation de l'individu et empêche son ajustement créatif à l'environnement.

Au fond, ce qu'il remet en cause, ce sont surtout certaines positions post-reichiennes (de la bioénergie et de l'analyse primale notamment) : elles tendent à attaquer et supprimer les défenses caractérielles et musculaires, perçues uniquement comme obstacles et blocages, au lieu d'être considérées comme des réponses inadaptées à un besoin fondamental de protection :

« Le thérapeute qui attaque ou surmonte une résistance se trouve donc dans la position de devoir vaincre une réponse naturelle et valable. Comment peut-on espérer qu'un organisme renonce à la protection de son intégrité, même si c'est soi-disant "pour son bien" » (Kepner, 1998, p. 80).

Mettre l'énergie de la résistance au service du changement

Pour évoquer ce travail, nous partons d'un cas, présenté par Kepner, choisi parce qu'il implique le corps et la mise en acte, ce qui s'avère souvent plus efficace que le simple abord verbal et intellectuel.

« Il s'agissait d'un homme instruit et assez maniéré. J'ai commencé à travailler avec lui pour essayer de relâcher une certaine étroitesse structurale ainsi qu'une tension au niveau de sa poitrine. Et alors que je l'aidais à respirer plus profondément et à relâcher sa poitrine, une tension a surgi au niveau de ses jambes. À chaque fois que nous parvenions à relâcher une tension à un endroit, une tension apparaissait ailleurs, dans une autre partie de son corps [...]. Au début de ma carrière, j'aurais certainement jugé cette résistance indésirable et j'aurais tout fait pour qu'il apprenne à maîtriser ce transfert de tension. Alors que, dans ce cas, j'ai préféré me concentrer sur la manière dont nous pourrions utiliser cette "conservation de tension" [...]. Pour cela je lui ai simplement demandé de me repousser. Nous nous sommes alors rendus compte que la tension de sa poitrine se relâchait et se déplaçait moins facilement dans d'autres parties du corps [...]. Je lui ai ensuite demandé de se mettre debout, position qui permet un travail plus actif, et nous avons continué notre expérimentation : j'appuyais sur sa poitrine et lui se servait de sa respiration pour me repousser. Dès qu'une tension apparaissait, je lui demandais d'essayer de la convertir en une action plus complète et plus directe. Ainsi, quand j'ai remarqué que sa mâchoire se tendait, je lui ai demandé d'accentuer cette tension jusqu'à ce qu'elle devienne une grimace ; lorsqu'une tension est apparue dans ses bras, je lui ai demandé de s'en servir pour me frapper ; lorsque j'ai remarqué que sa gorge se serrait, je lui ai demandé de faire un son en expirant.

Nous avons fini par nous affronter, mais de façon vivante et charmante, une lutte avec la voix et le corps. Après l'expérimentation, il s'est rendu compte qu'il ne s'était pas battu avec quelqu'un depuis son enfance. C'était le plus jeune d'une famille de garçons, il était maigre et faible et il avait appris à refouler son agressivité et à se réfugier dans les livres et les études pour éviter d'être la risée de ses frères. Notre lutte lui a donné l'occasion de sentir sa force sans être écrasé par un adversaire, et lui a permis de mettre son énergie au service d'une action plutôt que de continuer à la retourner contre lui. » (Kepner, 1998, p. 82-83)

L'auteur commente ce cas en soulignant qu'il n'a pas cherché à se débarrasser de ce déplacement de tension ni à le maîtriser. Il n'en a pas non plus donné une interprétation, comme une résistance à l'égard de son père ou comme une armure contre l'orgasme ; il a essayé de découvrir la fonction de cette tension dans les termes mêmes du patient. Bien entendu, dans une optique analytique, il aurait pu l'envisager comme une forme d'opposition latente et comme un mécanisme de défense contre les pulsions agressives du patient ; et elle avait bien cette fonction. Cependant il ne la considère pas seulement comme une défense mais comme une force potentielle contenant l'agressivité du patient qu'il s'agit de lui restituer pour la mettre à disposition de son organisme.

On voit qu'au lieu de pointer la résistance, d'essayer de la contourner ou de la dissoudre, le thérapeute propose au patient de l'exprimer à travers un jeu. Il aide le patient, en l'amenant à accentuer cette résistance, à la transmuier en action. Au fond cette démarche pourrait être comparée à celle du judo : utiliser la force opposée par l'autre pour la transformer en

mouvement. En transformant la résistance en action, le patient retrouve le mouvement que la résistance « contient » dans le double sens qu'elle le porte en elle tout en l'empêchant de s'exprimer. Cette mutation fait passer le patient d'une attitude passive, où la résistance est subie dans l'inconscience, à une attitude active où la résistance est transformée en une action consciente que le moi peut s'approprier. Elle mobilise et déplace l'énergie investie dans la défense au service de l'activité positive.

La résistance n'est pas ici interprétée verbalement ; mais l'action proposée par le thérapeute à travers le jeu de rôles est une sorte d'interprétation en acte, puisqu'en partie elle la ramène à sa signification transférentielle (de lutte contre le thérapeute, image paternelle ou fraternelle) et, au-delà, à sa signification existentielle. La justesse de cette interprétation en acte est confirmée par la disparition de la tension.

La résistance qui révèle une tendance inconsciente et réprimée (l'agressivité exprimée sous forme d'opposition passive) est transformée en une action consciente pleinement accomplie (la lutte) et mise au service de l'organisme et du Soi.

L'intervention thérapeutique a donc tendu à recadrer les manifestations physiques de résistance comme des expressions entravées du Soi qu'il ne s'agit pas de contourner ou de supprimer mais qu'il convient de transformer en action au service du Soi et non plus subie par lui.

On voit, à partir de cet exemple, comment les thérapies psychocorporelles et existentielles, s'appuyant sur la théorisation de la psychanalyse, ont enrichi l'abord et le traitement pratique des résistances et des défenses.

Chapitre 11

RÉGRESSION ET PROGRESSION

LA PRISE en compte de la notion de régression trace une frontière entre deux groupes de psychothérapies : celles qui en font un concept théorique et surtout un usage pratique et dont le travail est orienté vers une forme de « retour » à des stades archaïques du développement (comme les démarches psychanalytiques, la bioénergie, l'analyse primale, le *rebirthing*...). Et celles qui sont centrées sur l'« ici et maintenant » et qui engagent le patient dans une démarche progressive plus que régressive (comme l'approche rogérienne, la gestalt-thérapie, les démarches systémiques et cognitivo-comportementales...). Tant au niveau de la théorisation que de la pratique ces deux orientations fondamentales sont donc clairement distinctes.

Cependant, il faut bien voir que la régression ne constitue pas un but en soi ; elle n'est, lorsqu'elle est utilisée, qu'une étape dans un processus qui vise fondamentalement la progression du patient.

Dans quel cas peut-elle s'avérer nécessaire ? À partir de quelles considérations est-elle devenue un instrument thérapeutique ? Quelles en sont les implications au niveau de la pratique clinique ?

QU'EST-CE QUE LA RÉGRESSION ?

La notion de régression est une notion relativement large et floue en psychologie. Elle désigne un retour en arrière dans un processus de développement et le recours à des attitudes et des comportements liés à

une phase antérieure du développement (c'est l'exemple de l'enfant qui « régresse » à la naissance d'un petit frère et retrouve des comportements de bébé).

Cependant, cette notion revêt un sens plus précis dans la théorie et la pratique psychanalytiques. C'est Freud qui, le premier, a repéré le phénomène et proposé cette notion. Par la suite, elle a évolué et pris une place grandissante dans la démarche thérapeutique sous l'influence d'analystes comme Ferenczi, Balint et Winnicott.

Les différentes formes de régression

On trouve chez Freud plusieurs définitions de la régression au fur et à mesure du développement de sa pensée. Il l'aborde d'abord dans la théorie des rêves dans une perspective topique pour la lier ensuite à la théorie des stades du développement dans une dimension temporelle.

On peut néanmoins en donner une définition générale qui s'applique à toutes les perspectives. C'est celle que retient le *Vocabulaire de la psychanalyse* de Laplanche et Pontalis :

« Dans un processus psychique comportant un sens de parcours ou de développement, on désigne par régression un retour en sens inverse à partir d'un point déjà atteint jusqu'à un point situé avant lui. » (Laplanche et Pontalis, 1968)

En partant de cette définition générale, trois sens spécifiques se dégagent.

- *la régression topique* : c'est celle qui agit dans le rêve. À l'état de veille, l'excitation, due aux stimuli de l'environnement, va de la perception à la motricité en passant par les représentations conscientes et inconscientes ; dans le sommeil, la motricité étant inhibée, le parcours se fait en sens inverse et active les représentations sur un mode perceptif sous forme d'images, de paroles et de sensations ;
- *la régression temporelle* : elle suppose une succession génétique et un retour du sujet à des étapes dépassées de son développement (stades libidinaux, relations d'objet, identifications, développement du moi, etc.) lorsqu'il se trouve confronté à des difficultés ou des traumatismes qu'il ne peut surmonter. Il y a notamment un retour de l'organisation libidinale à des points de fixation (par exemple dans la névrose obsessionnelle : retour au stade anal et aux pulsions sadiques-anales ; dans l'hystérie, il y a régression de la libido aux objets incestueux liés au complexe d'Œdipe). Il s'agit donc d'une forme d'immaturité de nature plus ou moins pathologique ;
- *la régression formelle* : elle marque le passage à des modes d'expression et de comportement d'un niveau inférieur du point de vue de la complexité, de la structuration et de la différenciation (comme

la régression des processus secondaires conscients aux processus primaires — condensation, déplacement, symbolisation... — de figuration dans le rêve ; ou bien la régression du langage verbal à l'expression émotionnelle...).

Mais, comme le souligne Freud lui-même :

« Ces trois formes de régression [...] n'en font qu'une, et dans la plupart des cas, elles se rejoignent, car ce qui est le plus ancien dans le temps est également primitif dans sa forme et dans la topique psychique. » (ajout de 1914 à *L'Interprétation des rêves*)

C'est d'abord dans le travail thérapeutique que Freud va rencontrer des processus régressifs qui vont lui apparaître essentiellement comme un risque contre lequel l'analyste doit se prémunir. En effet, à travers la névrose de transfert, le patient va avoir tendance à régresser vers des étapes antérieures de son développement et à retrouver des fixations libidinales, des modes relationnels et des attitudes qui leur sont liés. Bien sûr, ce mouvement est inévitable, mais Freud souligne le risque que le patient s'installe dans une position régressive dont il convient de le protéger. La régression apparaît donc comme un élément pathogène, réactivé par la démarche thérapeutique et qui peut la contrarier si l'analyste n'y prend pas garde. Cette conception, qui voit dans la régression un phénomène pathologique et un obstacle à la guérison, n'évoluera guère chez le fondateur de la psychanalyse ; c'est plutôt chez certains de ses disciples qu'une perspective nouvelle va peu à peu s'affirmer.

Trois apports importants vont jaloner cette évolution ; ils sont incarnés par trois personnalités — Ferenczi, Balint et Winnicott — qui vont changer progressivement la façon dont la régression est envisagée dans le travail thérapeutique et la place qu'elle y occupe.

Vers un usage thérapeutique de la régression

L'apport essentiel de Sandor Ferenczi, disciple de Freud, peut être caractérisé par un retour à la méthode cathartique. En effet, la première méthode de Freud (celle des *Études sur l'hystérie*) pourrait être qualifiée de « méthode régressive » (bien que Freud n'ait pas utilisé ce terme à l'époque) dans la mesure où elle encourageait la reviviscence des traumatismes passés et leur abréaction, et donc favorisait la régression temporelle, topique et formelle, notamment par le procédé de l'hypnose.

On sait que Sandor Ferenczi vers la fin de sa vie retrouve un peu cette démarche sous le nom de « néocatharsis » (*Psychanalyse 4*, t. IV). Il s'agit, grâce à la relaxation et à la mise en place d'un cadre sécurisant, d'aider le patient « à régresser à la situation traumatique » tout en surveillant le « degré de tension » et en le modérant par une réponse positive et adéquate aux aspirations, désirs et besoins du patient régressé. Dans ce sens, l'analyste n'aide pas seulement à l'élucidation et à la reconstruction

de l'histoire du patient ; il opère aussi un effet correcteur et réparateur par rapport aux traumatismes de l'enfance, revécus dans la régression.

Ferenczi souligne l'importance, dans cette démarche, de la communication émotionnelle et non verbale :

« Nous parlons beaucoup en analyse de régression à "l'infantile", mais manifestement nous ne croyons pas nous-mêmes à quel point nous avons raison. Nous parlons beaucoup du clivage de la personnalité, mais il me semble que nous n'estimons pas à sa juste mesure la profondeur de ce clivage. [...] Le patient sans connaissance est effectivement, dans sa transe, comme un enfant qui n'est plus sensible au raisonnement mais tout au plus à la bienveillance maternelle » (*op. cit.*).

On voit que chez Ferenczi, la régression devient un outil thérapeutique qui est utilisé pour favoriser chez le patient un état proche de la transe hypnotique dans une visée d'abréaction et de réparation. Cette démarche sera adoptée par certaines thérapies humanistes (bioénergie, thérapie primale, thérapies émotionnelles...) qui en feront un axe majeur du travail thérapeutique.

Balint reprend, prolonge et développe les intuitions de Ferenczi, qui a d'ailleurs été son analyste (*cf.* notamment 1968). Dans sa conception de la régression, il met moins l'accent, contrairement à Freud, sur le retour aux fixations libidinales de l'enfance que sur la *reviviscence des premières relations d'objet*, et notamment des relations mère-nourrisson.

Comme il le souligne fortement, dans sa conception thérapeutique « l'intérêt pour les instincts n'a cessé de décroître et aujourd'hui ce sont les objets et les relations d'objets qui occupent le devant de la scène ». Balint montre encore que la régression peut avoir deux buts :

« Elle peut viser soit à la gratification d'un instinct ou d'une pulsion, soit à la reconnaissance par un objet ; en d'autres termes, c'est un phénomène à la fois intrapsychique et interpersonnel. Tout semble indiquer par ailleurs que dans le traitement analytique des états régressifs, les aspects interpersonnels sont plus importants. » (Balint, 1968, p. 213)

Il retrouve donc les potentialités correctrices et réparatrices de la régression thérapeutique à travers les relations entre l'analyste et le patient.

Balint souligne aussi que

« la relation d'objet est toujours une interaction [...] et le plus souvent les moyens non verbaux interviennent également pour la créer et la maintenir. » (*id.*, p. 215)

Il y a donc une correspondance entre la forme de la régression et le mode de communication que le thérapeute doit utiliser avec le patient, mode qui recourt autant au canal corporel et émotionnel qu'au langage verbal.

Dans cet esprit, Balint (1968) critique, par exemple, l'usage de l'adjectif « oral » en psychanalyse pour désigner tout ce qui est primitif ; cet usage est très réducteur et rend insuffisamment compte des phénomènes complexes qui tissent les premières relations entre la mère et le nourrisson :

« Ceux-ci sont autres : l'impression de chaleur, les mouvements et les bruits rythmiques, les murmures confus, les effets envahissants et irréversibles exercés par les odeurs et les saveurs, le contact corporel étroit, les sensations tactiles et musculaires (notamment dans les mains) et enfin le pouvoir indéniable que possèdent tous ces phénomènes d'engendrer et de dissiper les angoisses et les doutes, le bien-être ou la détresse et la solitude désespérée. » (*id.*)

Dans la régression, le patient retourne à ce type de sensations et de communication et le thérapeute doit, lui aussi, y être attentif et même l'utiliser. Il peut notamment, par le toucher, établir un contact corporel, sécurisant et tendre, avec le patient.

Dans la genèse des états pathologiques, Balint met l'accent sur les traumatismes affectifs précoces. C'est ce qu'il appelle le *défait fondamental*, résultant d'un écart trop grand entre les besoins du nourrisson et les soins maternels. Ces soins peuvent être, selon les cas, « insuffisants, incomplets, dispensés à l'aveuglette, hyperanxieux, surprotecteurs, rudes, rigides, d'une grossière inconséquence, déréglés, hyperexcitants, ou simplement indifférents et dépourvus de compréhension ».

Quand cette zone du défaut fondamental existe chez un patient, le processus thérapeutique va favoriser un retour vers elle ; il va soutenir la tendance naturelle à la régression vers cette couche archaïque. Alors se reproduit dans la relation thérapeutique, à travers le transfert, la reviviscence de ces carences, des angoisses qui y sont attachées et des besoins et défenses qu'elles suscitent.

L'analyse doit donc permettre cette régression et même la favoriser dans certaines conditions pour apporter à la situation de carence une réponse nouvelle. Le principe est donc de « régresser pour progresser ». On voit que Balint propose ainsi une démarche thérapeutique profondément novatrice dont la régression devient le moteur essentiel, permettant ainsi une forme de réparation du défaut fondamental.

Formes bénignes et formes malignes

Pendant le maniement de la régression est particulièrement délicat. Balint est amené à en distinguer les formes bénignes et les formes malignes :

- les *formes bénignes* ont une valeur thérapeutique et se présentent sous la forme du tableau clinique suivant : relation aisée entre le patient et le thérapeute, confiance mutuelle, orientation vers le changement ; la régression facilite l'élucidation des problèmes du patient et reste d'une

intensité modérée dans l'expression des demandes, attentes ou besoins (la satisfaction d'une demande l'interrompt) ;

- les *formes malignes* sont celles qui provoquent un état « d'assuétude », de dépendance où les demandes vont toujours croissant :

« Elles sont antithérapeutiques et se caractérisent par l'autre syndrome inverse : l'atmosphère relationnelle est faite de méfiance, d'angoisse, de peur de la rupture, d'accroissement de la dépendance, "cercle vicieux de demandes ou de besoins", la régression vise à la gratification externe, grande intensité ("suspecte") des besoins, demandes, présence de signes graves d'hystérie » (*id.*).

Il faut, bien entendu, que le thérapeute s'efforce de maintenir la régression au niveau bénin et évite qu'elle ne bascule dans les formes malignes, même si celles-ci ne sont pas toujours évitables. Le but de la thérapie est d'« aider le patient à développer, dans la situation analytique, une relation primitive correspondant à son modèle compulsif et à la maintenir en toute quiétude jusqu'au moment où il deviendra capable de découvrir que d'autres formes de relation d'objet sont possibles » (p. 223). Il s'agit ainsi de « neutraliser le défaut fondamental en créant des conditions qui lui permettent de se cicatriser », afin, dit Balint, de « commencer à nouveau ».

Comment atteindre ce but ? Balint indique ce qui peut favoriser ce processus et ce qui peut l'entraver. Certaines attitudes sont à éviter :

- s'en tenir à une attitude interprétative rigide ;
- opposer trop de résistance à être utilisé par le patient comme « objet primaire » (par exemple, tenir un rôle maternel), ce qui est différent de se laisser manipuler par le patient ;
- se sentir omnipotent ou apparaître comme tel (parce qu'une telle attitude fixe alors le patient à la dépendance et aux formes malignes de régression).

À l'inverse, l'important pour l'analyste est

« d'assumer le rôle d'un objet primaire dont la fonction principale est de reconnaître et d'être avec son patient. » (*id.*, p. 231)

Il doit se laisser utiliser par le patient pour lui permettre de revivre les premières relations mère-nourrisson et y apporter une réponse différente de celle qui s'est révélée traumatique ; une telle attitude peut favoriser un mouvement de dégagement et la reprise du développement.

« Le vrai problème ne porte pas sur l'alternative de gratifier et de frustrer le patient en état de régression, mais sur la manière dont la réponse de l'analyste à la régression agira sur le processus régression-progression. » (*id.*, p. 226)

Pour cela, il doit « rester discret et ordinaire », ne pas prétendre « donner l'amour primaire » mais « s'offrir à l'investissement par l'amour primaire » (p. 240). Dans la régression,

« toute tentative faite pour expliquer, raisonner, offrir des versions améliorées ou amendées reste sans effet. L'analyste ne peut qu'admettre l'amère réalité : dans ces zones, au lieu de clarifier la situation, ses paroles sont souvent mal comprises, mal interprétées et tendent à accroître la confusion des langues entre son patient et lui-même. » (*id.*)

Il y a alors primat de la communication émotionnelle et non verbale. Il s'agit de créer un environnement « tranquille, paisible, sûr et discret » ; d'« accepter l'*acting-out* comme un moyen de communication valable » (p. 239). Le thérapeute doit rester « à bonne distance » : une trop grande distance ne ferait que répéter la carence maternelle (mais une trop grande proximité peut réveiller les angoisses d'intrusion).

La régression à la dépendance

Les positions de Donald Winnicott sont davantage connues et, sur le fond, très proches de celles de Balint.

Winnicott préconise une démarche thérapeutique fondée sur la régression pour un certain type de patient (il propose en effet une classification des patients en trois catégories suivant le degré de maturation et d'intégration du soi).

Quand cette intégration n'est pas vraiment accomplie, la technique psychanalytique classique n'est pas adaptée et doit céder la place à un cadre particulier permettant d'instaurer une régression profonde jusqu'à la situation de carence des soins maternels pour permettre le dégel du « vrai *self* » étouffé par le « faux *self*¹ ».

Le cadre thérapeutique doit être un équivalent des soins maternels privilégiant le *holding* (soutien) et le *handling* (soins). On peut trouver une bonne illustration de cette démarche dans le témoignage d'une patiente de Winnicott, Margaret Little, qui montre comment Winnicott concevait le *holding* et le *handling* thérapeutiques² :

« Métaphoriquement, il tenait la situation en main, en apportant son soutien, en gardant le contact à tous les niveaux avec tout ce qui se passait chez et autour du patient et dans la relation qu'il avait avec lui. Littéralement, il tenait [*"held"*] mes deux mains serrées entre les siennes pendant de longues heures, presque comme un cordon ombilical, tandis que moi, j'étais allongée, souvent cachée sous la couverture, silencieuse, inerte, renfermée, paniquée, enragée ou en larmes, endormie et quelquefois rêvant. » (Little, 1981, p. 515)

1. Ces aspects seront repris et développés dans le chapitre 12.

2. *Des états limites*, chapitre 22, « Mon analyse avec Winnicott ». Cf. aussi chapitre 23, « De la valeur de la régression à la dépendance ».

Ainsi la régression, qui s'effectue dans le cadre thérapeutique, renvoie moins, comme chez Freud, à des fixations libidinales et à des mécanismes de défense (liés aux conflits de la période œdipienne) qu'à une sorte de dégel d'une structuration figée de la personnalité, avec l'espoir que l'environnement thérapeutique puisse réparer le défaut d'adaptation de l'environnement passé.

C'est pourquoi Winnicott parle de *régression à la dépendance*. Il faut que le patient puisse revenir avec l'analyste à la situation de dépendance primordiale qui a été la sienne lorsqu'il était nourrisson, afin de restaurer le narcissisme primaire qui n'a pu s'établir à l'époque, en raison de la défaillance maternelle. La situation analytique reconstitue les conditions d'un « maternage suffisamment bon ». À partir de l'établissement du narcissisme primaire, la croissance peut reprendre, le *self* authentique étant capable de faire face maintenant aux frustrations de l'environnement sans recourir au clivage de la personnalité.

Le modèle du changement chez Winnicott est donc celui d'un retour, par une régression contrôlée, à la situation primitive de carence et, à partir de là, d'une reprise de la maturation en suivant les étapes naturelles du développement. Ce processus s'opère en plusieurs stades. Il s'agit au départ d'aménager une situation thérapeutique sécurisante, qui puisse donner confiance au patient, le soutenir et dans laquelle il se sente libre de régresser complètement. La régression est ici un retour organisé à une dépendance primitive où l'analyste tient la place de « la mère suffisamment bonne ».

Le patient peut alors laisser s'exprimer son vrai soi, sans l'angoisse d'être détruit, et s'engager dans un processus de croissance qui avait été stoppé. Il y a « dégel » de la situation de carence : le soi se sentant fortifié dans sa nouvelle position, il peut ressentir et exprimer dans le présent sa frustration et sa colère relative aux carences primitives.

Il revient alors de la régression à la dépendance et s'achemine progressivement vers l'indépendance. Les besoins et les désirs instinctuels peuvent se réaliser dorénavant sous l'égide du soi unifié avec une vitalité et une vigueur authentiques.

Pendant tout ce processus, l'analyste accompagne et soutient le patient par une attitude empathique et s'efforce de répondre à ses besoins profonds. Il fait peu d'interprétations. Il doit tolérer le passage à l'acte car celui-ci traduit mieux que ne peut le faire la parole ce que le patient cherche à obtenir de l'analyste ; ce dernier peut d'ailleurs jouer un rôle, le plus souvent symbolique, dans l'agir mis en œuvre par le patient. Bien sûr, il s'efforce ensuite de lui transmettre la compréhension qu'il a pu en retirer.

On voit que l'analyste est profondément sollicité et impliqué dans le travail thérapeutique et qu'il est amené à supporter dans certaines phases une tension considérable ; c'est pourquoi le contrôle de son contre-transfert est très important. Son attitude privilégiant l'empathie,

le soutien, le contact corporel, le « maternage » s'éloigne de la classique « neutralité bienveillante » des psychanalystes freudiens.

Luc à la recherche du vrai soi

LUC se plaint d'une difficulté à vivre, sans pouvoir incriminer quelque chose de précis. Il a l'impression d'une lutte perpétuelle ; mais contre quoi lutte-t-il ? Il ne le sait pas bien.

Le matin en partant travailler, il se sent angoissé et a souvent mal au ventre ; cependant son travail l'intéresse et se déroule plutôt bien, même si les relations avec ses collègues lui pèsent. Il a pourtant la réputation de quelqu'un qui aime bien plaisanter et « met de l'ambiance », mais il dit de lui-même qu'il est « un clown triste ». Il n'a pas beaucoup d'échanges avec sa femme ; ils vivent côte à côte et il se culpabilise de trouver plus de plaisir à se masturber en feuilletant des revues pornos que dans ses rapports avec elle. Il a le sentiment de « vivre au minimum ».

Dans une phase régressive de sa thérapie, il raconte avec émotion un rêve qui l'a bouleversé et qu'il a l'impression d'avoir déjà fait plusieurs fois : « Je suis dans la maison où je vivais enfant. Je dois descendre à la cave et ça me terrorise. J'y vais néanmoins car je sens que je ne peux y échapper. Tout au fond je découvre une pièce très sombre que je ne connais pas. J'y entre et aperçois une cage en fer ; dans la cage, il y a un être étrange, diaphane, qui émet une faible lumière. Il ne parle pas mais ses yeux m'implorant. Je me rends compte qu'il peut mourir et que je dois essayer de le sauver ; mais je n'ai pas la clef de la cage ; je me sens impuissant et désespéré. Je me réveille terriblement angoissé ». La cage de fer lui fait penser à l'histoire du masque de fer ; la cave aux couches inconscientes de sa personnalité dans lesquelles il a peur de descendre ; la créature à E. T. (d'après le film...).

Le travail sur ce rêve marque un tournant important pour Luc. Il prend conscience que cette créature enfermée est une partie précieuse de lui-même enfouie au plus profond de son être et que la lutte harassante qu'il mène tend à l'empêcher de mourir avec l'espoir de la libérer un jour.

La régression comme processus thérapeutique

On voit donc que pour la psychanalyse, les manifestations régressives, perçues au départ comme dangereuses et comme une menace pour la bonne marche du processus thérapeutique, ont été envisagées par la suite comme un facteur important et nécessaire dans la conduite de certaines thérapies.

Cette perspective novatrice a entraîné des réaménagements importants du cadre et de la technique psychanalytiques classiques. Elle s'adresse à des patients ayant souffert de carences ou de traumatismes dans les premiers stades de la vie et qui n'ont pu, de ce fait, construire un *self* intégré et vivant. Elle travaille sur les relations d'objet et la construction du soi plus que sur les conflits liés à la sexualité.

Cependant cette conception est loin d'être généralement adoptée. Beaucoup d'analystes, notamment en France, sont restés fixés aux premières positions de Freud. D'autres, tout en admettant le

caractère éventuellement thérapeutique de la régression, n'en déduisent pas la nécessité d'un réaménagement du cadre et de la technique psychanalytiques¹.

Par ailleurs, certaines thérapies psychocorporelles dérivées plus ou moins de la psychanalyse (comme la bioénergie, l'analyse primale², le *rebirthing*...) ont beaucoup utilisé des techniques régressives, surtout dans leurs modalités groupales ; mais cet usage a été surtout empirique, peu théorisé et ne s'est pas toujours accompli dans un cadre suffisamment stable et sécurisant (ce qui peut comporter des risques de décompensation).

PASSÉ ET PRÉSENT

Le retour sur le passé, la régression, la remémorisation des traumatismes de l'enfance et des souvenirs oubliés sont-ils indispensables en psychothérapie ?

De nombreux théoriciens ne le pensent pas et centrent leur travail sur les problèmes actuels du patient, sur l'« ici et maintenant ». Carl Rogers a été un des premiers à conceptualiser cette orientation. On la trouve plus largement dans tout le courant des démarches existentielles (approche centrée sur la personne, gestalt-thérapie...), mais aussi dans des approches d'inspiration différente, comme les thérapies comportementales et cognitives ou comme les thérapies systémiques.

Ces démarches ne négligent pas l'importance du passé. Mais elles pensent que ce qui compte du passé est ce qui continue à influencer le présent ; ce qui, de lui, demeure vivant dans nos comportements actuels. Comme le soulignait déjà Reich, « il n'y a plus d'antithèse entre l'historique et le contemporain. Tout le monde vécu du passé vit dans le présent sous forme d'attitudes caractérielles » (1952, p. 117). La connaissance du passé est nécessaire pour comprendre comment une attitude, un comportement, un schème relationnel se sont construits ; elle l'est peut-être moins pour les modifier.

L'opposition et le débat peuvent se situer au niveau théorique, mais c'est au niveau clinique qu'ils s'expriment le plus nettement. On a à faire à des stratégies thérapeutiques différentes qui ont chacune leur cohérence et leur pertinence. On peut illustrer ce point de vue à partir de l'opposition entre psychanalyse et démarches existentielles en prenant comme exemple la gestalt-thérapie.

1. C'est sensiblement, par exemple, la position d'André Green (1990). Il est d'ailleurs symptomatique que le terme de régression ne figure même pas dans le dictionnaire de Roudinesco et Plon (1997).

2. Janov, le fondateur de la thérapie primale, écrit par exemple : « Pour redevenir capable de ressentir pleinement, le névrosé doit retourner en arrière et être ce qu'il n'a pas été » (*Le Cri primal*, p. 81).

S'il est une caractéristique qui spécifie clairement la gestalt-thérapie face aux démarches d'inspiration psychanalytique, c'est la centration sur l'« ici et maintenant ». Cette position est nettement affirmée dès les premières pages de *Gestalt-thérapie* (1977) : cette approche « offre de se concentrer sur la structure de la situation actuelle » (p. 2). Une telle centration n'est guère compatible avec l'idée de régression temporelle. D'ailleurs, dès *Le Moi, la Faim et l'Agressivité*, F. Perls déclarait :

« La plus importante "erreur historique" de la psychanalyse classique est l'application indiscriminée du terme de "régression". » (Perls, 1978, p. 118)

Reflux ou entrave au développement

Si le terme de régression suggère que le patient a atteint une certaine maturité et, confronté à certains obstacles insurmontables, retourne à des réactions infantiles, Perls conteste une telle formulation. Il pense que le patient n'a jamais vraiment atteint le point de maturité à partir duquel il est censé régresser. Il est plutôt resté fixé à des réactions infantiles qui ont entravé son développement ; au fond, ces réactions figées font partie des situations incomplètes, des « gestalts inachevées ». La nuance peut paraître minime ; Freud avait lui-même, dans sa conception de la régression, introduit la notion de points de fixation. Mais il concevait le mouvement régressif comme une sorte de reflux vers ces points en raison d'un barrage dressé sur le cours du développement ; alors que Perls considère ces points comme des entraves qui ont empêché le sujet d'aller de l'avant et d'atteindre la pleine maturité (ce qui, effectivement, rend le terme de régression inadéquat).

Il y a donc entre les deux conceptions une nuance certaine qui a un impact non négligeable sur la pratique thérapeutique. Pour la démarche psychanalytique, il s'agit de favoriser un retour aux points de fixation pour permettre la reviviscence et l'abréaction des traumas qui les ont constitués et permettre un nouveau départ vers le développement. Pour la gestalt-thérapie, il convient de confronter le patient au sentiment d'« impasse » afin qu'il trouve dans le présent l'ajustement créateur qui lui permettra de boucler les situations inachevées impliquées dans ses réactions infantiles. Il y a bien, dans un cas, retour, même symbolique, à un passé inscrit dans la mémoire et le corps du patient ; dans l'autre, centration sur l'« ici et maintenant » où les aspects infantiles du sujet s'expriment au présent jusqu'à l'achèvement des situations restées en suspens. Au fond, si certaines attitudes du passé persistent, ce n'est pas par simple inertie ; c'est parce qu'elles remplissent une certaine fonction (même si celle-ci peut apparaître « disfonctionnelle », comme dans la répétition compulsive¹).

1. « La compulsion névrotique à la répétition est le signe qu'une situation inachevée dans le passé reste inachevée dans le présent » (Perls, 1977, p. 84).

Cette différence de perspective a des conséquences précises au niveau des visées thérapeutiques. En psychanalyse, il s'agit de revenir aux traumatismes passés, de retrouver les souvenirs des scènes oubliées afin de permettre l'expression et l'abréaction des affects qui leur sont liés ; la démarche s'appuie sur la libre association, l'exploration des rêves, l'analyse des souvenirs-écrans. Pour les thérapies existentielles, le travail s'opère sur le ressenti actuel et sur l'expression dans la situation thérapeutique d'une gestalt inachevée ; il faut lever les inhibitions qui empêchent le patient de trouver une nouvelle réponse aux situations qu'il répète ; à partir de là, il peut libérer les émotions contenues par l'inhibition.

Bien sûr, cette opposition, que nous avons durcie en nous plaçant au niveau « doctrinal », est moins nette dans la pratique : car, en mettant au premier plan le travail sur le transfert et les résistances, la psychanalyse reconnaît que c'est sur l'actualisation des schèmes infantiles dans la situation thérapeutique qu'il convient de travailler. De leur côté, les thérapies existentielles ne négligent pas l'aspect déterminant de certaines expériences de l'enfance, le poids de la répétition et la persistance de réactions infantiles.

Cependant, l'infantile prend une valeur plus positive en gestalt (comme d'ailleurs chez Jung) que dans la perspective psychanalytique. Il n'est pas seulement l'expression des conduites régressives et inadaptées. Il contient potentiellement des réserves de créativité et des ressources inemployées. Dans la situation inachevée, issue de l'enfance, il y a la recherche d'une satisfaction vitale que l'adulte a négligée :

« Les affects de l'enfance sont précieux non parce qu'ils constituent un passé qu'il faut retrouver, mais parce qu'ils représentent les plus merveilleux pouvoirs de l'individu, occultés dans la vie adulte. » (*id.*, p. 90)

Cependant, si cette formulation diffère de la perspective freudienne, elle est en revanche proche, par certains aspects, de la position de Winnicott pour qui la régression était un moyen de dégeler la créativité et la force vitale du « vrai *self* », étouffé par le « faux *self* ».

Ainsi la notion de régression constitue bien une ligne de partage et de différenciation entre les thérapies d'inspiration psychanalytique et les thérapies existentielles centrées sur l'« ici et maintenant ». Cependant, au niveau de la pratique, certains thérapeutes existentiels peuvent introduire une dose de « travail régressif » qui ne semble pas incompatible avec les techniques plus classiques de cette démarche. Cet emprunt montre qu'une approche peut intégrer, au niveau de la pratique, certaines démarches, obéissant à une autre logique que la sienne, sans qu'il y ait nécessairement incohérence ou contradiction. Il s'agit seulement de *moments* différents dans un parcours thérapeutique, conception que l'on

peut référer aux notions de « polyclinique » et de « complexité thérapeutique » développées par Max Pagès¹.

C'est un exemple concret d'une approche « intégrative » qui tend à rendre compatible et à articuler, dans le champ de la psychothérapie, des démarches appartenant à des modèles théorico-pratiques nettement différenciés.

C'est dans cet esprit que nous pouvons indiquer maintenant les modalités d'un « travail régressif » en psychothérapie ; il s'inspire certes des élaborations psychanalytiques ; mais il peut être transposé et utilisé par d'autres démarches et a été particulièrement expérimenté et « rodé » dans les thérapies de groupe dont on peut constater qu'elles stimulent fortement les processus régressifs.

PRINCIPES D'UN TRAVAIL RÉGRESSIF EN PSYCHOTHÉRAPIE

Nous allons récapituler ce qui semble se dégager aujourd'hui de la pratique de thérapeutes pouvant se réclamer de différentes approches concernant les indications, le cadre, la relation thérapeutique et les étapes d'un travail régressif.

Les indications

Ce type de démarche s'adresse d'abord à des patients dont la problématique fondamentale tourne autour de l'identité : faiblesse du moi, mauvaise intégration du soi, « faux *self* », problématique narcissique majeure, personnalité *borderline*... (ces aspects sont repris et développés dans le chapitre suivant). Il ne semble cependant pas adapté à des patients franchement psychotiques.

L'hypothèse étiologique est celle d'un « défaut fondamental », d'une faille dans la construction du soi, due, le plus souvent, à une défaillance de la fonction maternelle ou à un traumatisme précoce (dans les toutes premières années du développement du nourrisson, et plus précisément au cours des phases orale et anale).

D'autres démarches que les thérapies régressives sont-elles envisageables dans ces cas ? Sans pouvoir répondre de façon tranchée, indiquons que des thérapies « progressives » risquent de renforcer un « faux *self* » adaptatif et donc d'aider au contrôle du symptôme sans changer l'état sous-jacent. D'autre part, il faut bien constater que, dans certains cas, le travail sur les problèmes actuels du patient ne suffit pas à l'en dégager ; il faut alors lui permettre de retrouver les racines infantiles de ses difficultés présentes, ce que rend possible la régression.

1. Cf. notamment Pagès, 1993.

On peut se demander aussi s'il n'existe pas, chez beaucoup de patients présentant un profil névrotique plus classique, des traumatismes antérieurs à la phase œdipienne, que la démarche régressive permet d'atteindre et de traiter (on peut d'ailleurs penser que si la phase œdipienne a été mal dépassée, c'est en raison de perturbations du développement antérieur). Cette réflexion peut étendre la portée et l'indication d'une démarche utilisant la régression.

Le cadre

Le travail régressif s'inscrit nécessairement dans le cadre d'une thérapie longue, car le processus régressif et la confiance dans le cadre et dans le thérapeute sont lents à s'installer et ne peuvent être hâtés sans risques pour le patient. Il peut combiner des séances individuelles et un travail en groupe qui accélère le processus régressif. La fréquence des séances est au moins hebdomadaire pour assurer la continuité du travail et le dépassement des « demandes d'urgence ». Les séances doivent avoir une certaine durée (environ une heure) pour permettre l'installation, la gestion et la sortie des états régressifs¹. La position allongée du patient apparaît la plus favorable : elle permet le décrochement de la relation immédiate, l'autocentrage, la perception et l'expression des phénomènes corporels et les états de transe. Cependant, cette position peut être instaurée progressivement si elle provoque des réactions trop anxiogènes et il est possible de la moduler dans le temps (passage à certains moments au face à face pour tempérer la régression). Ainsi le cadre doit être à la fois précis et souple, assurant un *holding* suffisant et pouvant s'adapter aux besoins évolutifs du patient (Fourcade, 1997).

— ASSIS/ALLONGÉ —

CLAIRE entre et s'assied sur le bord du divan. Elle raconte un peu ses problèmes du moment : la maladie de sa fille, ses difficultés au travail, ses démêlés administratifs. Puis elle aborde ses attitudes à l'égard des hommes ; elle évoque avec un sourire amusé ses stratégies de séduction et comment les hommes tombent dans le panneau. Cela la ramène à la relation avec son père et le ton devient moins enjoué. Tout à coup elle s'exclame : « Tiens, il faudrait que j'enlève mes chaussures. » Elle le fait et se cale, toujours assise sur le divan.

Le thérapeute lui dit : « Tiens, je pensais que tu allais t'allonger...

— Ah oui ? Non, je ne pensais pas... Mais après tout pourquoi pas. » Et elle s'allonge. À ce moment, son visage change, devient plus grave : « C'est curieux, dès que je m'allonge, c'est comme si je basculais dans tout autre chose...

1. Invoquons encore une fois le témoignage de Little sur la pratique de Winnicott : « Il attachait beaucoup d'importance au besoin de « revenir » d'une régression profonde à la vie ordinaire » (1991, p. 517).



— Dans quoi ?

— Là, j'ai envie de pleurer, mais je sais même pas pourquoi.

— Tout à l'heure, tu semblais plutôt enjouée...

— Oui, mais je sens que c'était pour me défendre contre cette tristesse. C'est pour ça que je ne m'allongeais pas. Là, je ne peux plus lui échapper (elle pleure doucement)... Je me sens tellement seule ; j'ai envie de me recroqueviller sur moi-même et de pleurer, pleurer... C'est affreux cette solitude. »

On perçoit, à travers cet exemple, que la position allongée permet au patient d'être plus en contact avec lui-même, avec ses émotions et sentiments profonds. Mais elle favorise aussi la détente et la relaxation qui aide le patient à se laisser aller, au « lâcher prise ».

Relation thérapeutique et phases de la thérapie

La position du thérapeute privilégie l'*attitude empathique* (par rapport à une démarche interprétative ou de conseil) mais à *bonne distance* (évitant les attitudes trop lointaines ou trop envahissantes).

L'orientation générale *non directive* semble la plus adaptée pour permettre au processus régressif de s'installer et de se développer sans le forcer ou l'orienter. Les modes d'intervention du thérapeute doivent être souples et variés, s'adaptant aux besoins du patient (d'être rassuré, d'être pris en charge, d'être materné, d'être accepté, encouragé...). Il s'agit de privilégier l'établissement d'une relation interpersonnelle profonde et authentique plutôt qu'une attitude technique.

On peut distinguer trois phases principales dans le processus thérapeutique qui impliquent chacune des modalités différentes quant à la relation thérapeute-patient et aux interventions du thérapeute.

- *L'installation du processus de régression* par l'instauration d'un cadre sécurisant jusqu'à la régression au « défaut fondamental ». Le thérapeute met en place ce cadre par une écoute empathique, attentive aux besoins du patient. L'attitude du thérapeute est « contenante » et tend à soutenir le moi pour lui permettre de tolérer le processus régressif.

Il accepte les modes d'expression du patient les plus spontanés et les plus primitifs (mutisme, larmes, manifestations corporelles, cris...) et y répond de façon adéquate. Son attention se porte plus sur les manifestations corporelles et émotionnelles (qu'il encourage par effet de miroir, d'amplification, de focalisation...) que sur le discours rationnel.

Un travail sur le rêve et les images spontanées permet d'accéder aux éléments archaïques et inconscients.

- *Le contact avec le défaut fondamental* (traumatismes précoces, angoisses primitives, sentiments de carence...).

C'est la phase la plus délicate car elle comporte des risques de régression maligne et de décompensation ; le thérapeute doit être attentif à la

très grande fragilité possible du patient à certains moments et s'efforcer de contrôler et de « doser » le mouvement régressif (il n'est pas question de forcer ou de « casser » les défenses du patient comme ont pu le préconiser certaines démarches dans le passé).

Il s'agit à ce stade de favoriser l'expression émotionnelle cathartique des angoisses, de la frustration et de la rage (quand elle se présente spontanément et non de façon artificielle après suggestion du thérapeute ou exercices « mécaniques »).

Anne et l'angoisse d'abandon

Anne a pris conscience, peu à peu au cours de sa thérapie d'une profonde angoisse d'abandon.

Elle la relie au fait que, bébé, elle s'est trouvée ballottée entre des nourrices qui changeaient assez souvent, car sa mère travaillait et n'avait que peu de temps à lui consacrer.

Au début elle affirmait que, pour elle, la thérapie c'était un peu comme aller chez le dentiste. Elle considérait son thérapeute comme un « spécialiste » vis-à-vis duquel elle n'éprouvait aucun sentiment particulier. Puis elle a ressenti peu à peu que ce n'était pas si simple. Elle s'est mise à évoquer plusieurs fois l'envie qu'elle avait eue de téléphoner au thérapeute, vite réprimée par la peur de le déranger. Elle résistait beaucoup à l'idée qu'elle aurait pu s'attacher à lui.

Mais Anne entre maintenant dans une phase où sa peur d'être abandonnée lui devient de plus en plus sensible. Lors d'une séance, le thérapeute lui annonce un prochain départ en vacances. Sur le moment, elle ne réagit pas. La fois suivante, sitôt arrivée, elle commence à raconter de façon volubile un rêve compliqué qu'elle souhaite voir interpréter. En réponse, le thérapeute lui demande comment elle se sent. Aussitôt, elle éclate en sanglots et se recroqueville sur le divan, cachant son visage dans le coussin. Il lui demande ce qui se passe. Alors elle se met à geindre d'une voix de petit enfant : « Veux pas qu'tu partes, veux pas qu'tu partes, veux pas qu'tu partes... » Elle hoquette, au bord de l'étouffement et bientôt, elle ne peut plus pousser que des cris plaintifs. Ému par sa détresse, le thérapeute s'approche d'elle et pose sa main sur son épaule. Elle l'agrippe dans un geste désespéré tout en continuant à sangloter. Il lui faut de longues minutes pour retrouver son calme. Quand elle peut à nouveau parler, elle dit qu'elle a tout à coup basculé dans une douleur insupportable, « pire que la mort ». L'imminence de la séparation la renvoyait à un néant où le sentiment de son existence se dissolvait. En même temps, elle se revoyait toute petite, placée chez une nourrice à la campagne ; sa mère venait la voir le dimanche et lorsqu'elle devait la laisser, Anne s'agrippait à son bras, la suppliant de ne pas partir.

Il a fallu de nombreuses séances où, dans une régression profonde, ce sentiment d'abandon a pu être revécu, avec l'acuité qu'il avait revêtue dans ces scènes de l'enfance, pour qu'Anne puisse s'en dégager. Elle a pu progressivement distinguer les émotions violentes qui remontaient de son passé de la situation présente où elle pouvait faire face à l'angoisse et y trouver des réponses d'adulte.

Le travail sur le transfert négatif est très important et, comme le préconise Otto Kernberg, a intérêt à se centrer au départ sur la relation dans l'« ici et maintenant » (signification actuelle du transfert, mise en lumière des distorsions dans les perceptions par le patient du thérapeute, interprétation des mécanismes de défense entrant dans ce transfert négatif, renvoi aux sources infantiles...). « Comme fondement de cette stratégie thérapeutique, on suppose que l'interprétation des opérations défensives primitives prédominantes et caractéristiques de l'organisation limite de la personnalité, et des relations d'objet internalisées qui s'y rattachent, renforce le moi et provoque un changement structurel intrapsychique qui résout l'organisation limite de la personnalité » (Kernberg, 1989). À ce stade, le thérapeute se laisse utiliser par le patient comme « objet primaire », ce qui permet la mise en évidence du transfert.

Cette phase comporte quelques difficultés : la gestion des manifestations d'agressivité et de haine (ressenties comme explosives et destructurantes par le patient) ; les tendances à la régression maligne et la menace d'effondrement ; le contrôle du contre-transfert, fortement sollicité.

- *La troisième phase ouvre sur la sortie de la régression et de la dépendance et sur la progression vers l'autonomie.* Ce mouvement intervient quand le stade du défaut fondamental a été suffisamment travaillé. C'est le patient qui amorce lui-même ce mouvement (qui ne peut donc être programmé ou hâté artificiellement). Il se marque par une reprise du développement, du désir de vivre, d'avoir des projets. Il s'agit alors pour le thérapeute de favoriser le mouvement et de soutenir les efforts du patient pour « grandir » ; ce qui implique un changement progressif d'attitude du thérapeute (prise de distance, encouragement à l'autonomie, au changement, à la prise de décision ; résolution progressive de la relation transférentielle primitive). Il convient aussi d'encourager le patient à agir (à transposer dans la vie quotidienne ses prises de conscience).

Margaret Little a témoigné, elle aussi, de cette phase dans son analyse avec Winnicott :

« À ce moment, le caractère des séances avait beaucoup changé car tant de douleur et de souffrance avaient été élucidées que le jeu, l'espace de créativité pouvaient s'instaurer et la relation, qui était née des années auparavant, pouvait se développer. Il y a des analystes qui croient, apparemment, que chaque séance *doit* être douloureuse ; mais si D.W. était conscient que l'analyse ne peut marcher qu'avec quelqu'un qui souffre réellement, il croyait à la valeur d'une relation qui peut apporter aussi encouragement et plaisir. » (Winnicott, 1991, p. 537).

Bien entendu, avec ces trois phases, il s'agit de la schématisation d'un processus qui est souvent dans la réalité plus complexe et moins linéaire (avec des chevauchements des phases et des répétitions selon un mouvement en spirale) ; mais ce schéma suggère la façon dont peut se déployer la polarité régression/progression dans le processus thérapeutique.

Chapitre 12

CONFLITS PULSIONNELS ET CONSTRUCTION IDENTITAIRE

LORSQUE Léa, autour de la trentaine, se décide à entamer une psychothérapie, elle se plaint surtout de l'image très négative qu'elle a d'elle-même. Son physique est plutôt agréable, sa réussite professionnelle est incontestable et pourtant, elle se sent « nulle », manque totalement de confiance en elle-même, a constamment peur d'être rejetée et répond à cette peur par une gentillesse et un dévouement excessif envers les autres. Elle a l'impression que ce qu'elle montre à son entourage n'est qu'une façade sociale qui masque un vide, un manque de consistance, un sentiment déprimant de ne faire que survivre. Les autres vont s'en apercevoir, la trouver inintéressante et insignifiante.

Le travail thérapeutique a conduit à dégager les racines de ce sentiment profond de dévalorisation et de non-existence. Il a mis au jour les linéaments d'une histoire dont on résumera quelques éléments.

Les parents de LÉA se sont rencontrés très jeunes lors de leurs études à Paris. Venant de province, ils étaient un peu perdus dans la capitale et ont réuni leurs deux solitudes dans un couple fusionnel. Cette relation s'est trouvée perturbée lorsque Léa s'est annoncée inopinément. Après des hésitations et sous la pression des familles de tradition catholique, ils ont décidé de garder l'enfant et de se marier. Ils auraient voulu un garçon mais ce fut une fille qui arriva. Sa mère, sans l'exprimer vraiment, en fut profondément angoissée, d'autant que ses relations à sa propre mère

avaient toujours été particulièrement difficiles. Elle redoutait qu'il en soit de même avec Léa. La solution trouvée fut de la mettre à la crèche sous prétexte qu'elle devait terminer ses études ; elle convenait aussi au père qui ressentait Léa comme une rivale risquant de lui soustraire l'affection et l'attention de sa femme.

Ainsi, Léa a commencé sa vie auprès de parents immatures, peu préparés à leur rôle parental vis-à-vis duquel ils se sentaient désarmés. Léa a toujours ressenti sa mère comme froide et distante ; elle n'a aucun souvenir d'un contact corporel chaleureux avec elle. Elle a été nourrie au biberon, sa mère ayant déclaré d'emblée qu'elle n'aurait pas assez de lait pour la nourrir et redoutant que l'allaitement n'abîme sa poitrine. Léa a passé ses premières années entre la crèche et des baby-sitters, le jeune couple voulant continuer à sortir avec ses copains et à fréquenter les cinémas. Elle a le sentiment d'une très grande solitude et une impression constante de vide. Elle a pris conscience avec désespoir qu'elle n'arrivait pas à retrouver un regard de sa mère posé sur elle ; quand elle s'occupait d'elle, Léa la sentait toujours un peu ailleurs.

Lorsqu'elle a eu cinq ans, sa mère a attendu un garçon. Le travail thérapeutique a pu révéler que la naissance de ce petit frère a été vécue par Léa comme une catastrophe. Déjà peu assurée de sa place auprès de ses parents, elle s'en était sentie complètement évincée. D'autant que sa mère manifestait à son frère tout l'amour et l'attention dont elle s'était sentie privée. Tenaillée par la jalousie et un intense sentiment d'injustice, elle ne pouvait rien exprimer car sa mère déniait toutes ses perceptions dans ce sens ; elle renvoyait à Léa qu'elle était méchante de penser qu'elle marquait une préférence pour son frère, que c'était pure imagination de sa part. Léa en était d'autant plus perturbée ; elle perdait confiance en son propre jugement et se culpabilisait de mettre en doute l'amour de sa mère pour elle.

Elle chercha alors à trouver un réconfort auprès de son père. Mais celui-ci était accaparé par sa vie professionnelle ; il rentrait tard de son travail et exigeait que Léa soit couchée lorsqu'il arrivait ; il lui faisait une bise distraite avant d'éteindre la lumière, moment que Léa attendait avec une impatience fébrile et qui la laissait toujours déçue. Par la suite, Léa se plongea à corps perdu dans le travail scolaire, espérant susciter la reconnaissance de ses parents. Mais ses bons résultats étaient accueillis comme normaux ; alors qu'on s'extasiait sur les prouesses du petit frère.

Léa trouva alors d'autres façons d'être appréciée : elle aidait aux tâches ménagères, rendait service à son père, proposait de garder son frère pour que ses parents puissent sortir. Bien sûr, cela lui rapporta un certain sentiment d'être utile, mais aussi l'impression d'être la « bonne poire » que tout le monde exploitait. Ce sentiment perdura lorsqu'elle fonda sa propre famille.

Voilà, rapidement évoqué, le contexte que le travail thérapeutique a permis de reconstruire et qui éclaire la faible estime d'elle-même et la fragilité identitaire dont souffrait Léa.

Cet exemple nous permet d'introduire un débat très important pour la psychothérapie actuelle : la place qui revient dans les troubles de la personnalité à la problématique pulsionnelle et au sentiment de soi lié

à la construction identitaire. Ce débat a non seulement des incidences théoriques, mais aussi des implications pratiques précises, comme nous allons nous efforcer de le montrer.

DE LA SEXUALITÉ À LA CONSCIENCE DE SOI

La psychanalyse freudienne « classique » s'est centrée sur les conflits intrapsychiques liés au développement pulsionnel et tout particulièrement à celui de la sexualité : conflits entre désirs et défenses, entre principe de plaisir et principe de réalité, entre instances (entre les mouvements pulsionnels issus du ça et le surmoi)... Cependant, un autre courant de la psychanalyse (surtout anglo-saxon), sans remettre en cause fondamentalement le point de vue freudien, s'est axé sur le développement et l'intégration du *self*.

Déjà Jung, relativisant le « pansexualisme » de Freud, avait souligné que le but de la thérapie était l'intégration et la croissance du soi (à travers, notamment, la notion d'*individuation*). Mais c'est Winnicott qui a fourni les bases théoriques et cliniques les plus solides à cette nouvelle approche : sans abandonner la dynamique des pulsions et des défenses, il s'est intéressé surtout aux sentiments d'identité et d'existence et à l'intégration somatopsychique dans les stades primitifs de la vie de l'enfant. Il a montré que la relation entre le nourrisson et sa mère était fondamentale dans le développement du « vrai *self* » et que c'est la défaillance de cette relation qui entraînait la formation d'un « faux *self* ». Les défauts du *self* sont donc liés au manque de réponse empathique de l'entourage aux besoins de l'enfant, aux carences des fonctions de *holding*, de *handling*¹ et de *miroir* qui ne permettent pas l'intégration corps-psyché et l'investissement narcissique du *self*.

Cette conception a entraîné une nouvelle perspective théorique dont on peut penser qu'elle constitue l'innovation la plus importante de la psychanalyse post-freudienne et une nouvelle pratique thérapeutique dans laquelle les notions de « holding », de régression et de relation empathique jouent un rôle fondamental.

LE SOI ET LE SENTIMENT D'EXISTENCE

La notion de *self* (traduite aujourd'hui en français par le terme de « soi ») désigne la conscience de soi, autrement dit l'ensemble des perceptions, représentations et sentiments qu'une personne a d'elle-même (dans ses dimensions conscientes mais aussi dans ses soubassements inconscients) ; elle peut être traduite aussi par des expressions diverses (mais partielles) comme « sentiment d'identité »,

1. Le fait, pour la mère, d'apporter concrètement et symboliquement des soins au nourrisson en le manipulant (*handling*) et en le portant et le soutenant (*holding*).

« image de soi », « représentation de soi », « estime de soi¹ ».... La notion de soi est distincte de celle de moi (qui est, dans la deuxième topique, l'une des instances du psychisme). Le psychanalyste Heinz Kohut, auteur d'un ouvrage important sur le soi (1974), le définit comme un « contenu de l'appareil mental mais pas l'un de ses constituants : il n'est pas une instance de l'appareil mental ». Il ajoute : il s'agit d'« une structure psychique puisqu'il est investi d'énergie instinctuelle et, doué de continuité dans le temps, possède un caractère de permanence ».

C'est donc une notion phénoménologique, renvoyant au domaine de la subjectivité. Elle doit beaucoup, dans le cadre de la psychanalyse, aux élaborations de Donald Winnicott.

Indiquons cependant qu'avant lui la voie avait été ouverte par des précurseurs comme Adler, Jung ou Balint.

Alfred Adler s'était opposé à Freud parce qu'il avait tendu à relativiser la place prééminente conférée à la sexualité dans le développement de la personnalité et des troubles psychiques. D'un côté, Adler marquait l'importance de l'agressivité dans les forces pulsionnelles ; de l'autre, il soulignait le rôle, central à ses yeux, des « complexes d'infériorité » et de leur compensation imaginaire dans la constitution de la névrose. Cette compensation tend à satisfaire des besoins fondamentaux, comme le besoin de sécurité, la recherche de la puissance et l'affirmation de soi.

Carl Jung, lui aussi, entendait ne pas réduire la libido à sa dimension sexuelle et mettait l'accent, on vient de le rappeler, sur l'importance de l'intégration du soi dans la construction de la personnalité. Il oppose ainsi à la conception régressive de la névrose (le retour aux fixations infantiles) qui est celle de la psychanalyse, une conception progressive qui voit dans les aspects infantiles des potentialités qui cherchent à se faire reconnaître et à se développer ; la démarche thérapeutique doit tendre à rétablir l'unité de la personnalité dissociée.

Quant à Michael Balint, on a vu (cf. chap. 11) qu'il avait mis en relief l'impact des traumatismes affectifs précoces, et tout particulièrement des situations de carence – ce qu'il désignait comme « défaut fondamental ». Ce manque, il le considérait comme résultant d'une défaillance des relations d'objets primaires, notamment des relations du nourrisson avec sa mère.

Ainsi, dans le cas de Léa, on peut penser que la mauvaise qualité des soins maternels a été un des premiers facteurs perturbants. L'ambivalence de sa mère, son anxiété face au bébé, le manque de contacts corporels chaleureux n'ont pas permis la constitution de ce lien d'*attachement* primaire (cf. Bowlby), condition pour que le nourrisson puisse éprouver

1. Soulignons tout de suite qu'elle ne fait pas partie des grands concepts freudiens. Ainsi, on n'en trouve aucune mention dans Laplanche et Pontalis, 1968. En revanche, elle figure dans le récent *Dictionnaire de la psychanalyse* de Roudinesco et Plon (1997) où elle est rattachée d'une part à Winnicott, d'autre part au courant de la *Self Psychology* initié aux États-Unis par Heinz Kohut.

un sentiment de sécurité et d'intégration. Ce ne sont pas seulement les besoins « oraux » qui se sont trouvés frustrés ; mais c'est aussi la capacité, à partir de l'ensemble des soins maternels, d'introjecter la « bonne mère » comme support d'une première ébauche du soi qui s'est trouvée mise en défaut.

Avec Balint, ce sont donc les relations mère-nourrisson qui viennent au premier plan dans les stades archaïques du développement de l'enfant, avant les conflits liés à la sexualité.

Ce point de vue novateur va se trouver approfondi et confirmé par les travaux de Winnicott.

Rôle décisif de l'environnement maternel

Ce grand psychanalyste anglais s'est efforcé de saisir la façon dont émerge et se développe le soi dans les tout premiers temps de la vie du petit enfant. Il a montré que la conscience de soi résulte d'une construction progressive, particulièrement complexe. Sans pouvoir la résumer ici, évoquons-en les points les plus saillants

La conscience de soi est concomitante, pour lui, du développement d'une « réalité psychique interne » résultant de l'élaboration imaginaire des sensations corporelles, de la motricité, des fonctions somatiques, de la perception du corps et de la différenciation progressive entre l'intérieur et l'extérieur (la surface de la peau jouant le rôle de membrane de délimitation) ; à ce moment émerge un sentiment d'unité et de continuité d'être, aboutissant au sentiment d'exister. Ce processus s'étend sur la première année de la vie, mais se poursuit et se modifie tout au long de l'enfance, de l'adolescence et de la vie entière.

La psyché s'étaye donc sur le fonctionnement corporel, mais cet étayage et l'unité psychosomatique qui en résulte dépendent des conditions de l'environnement, et plus précisément de l'environnement maternel.

Winnicott se plaisait à dire « un bébé, ça n'existe pas », voulant souligner par là que le nourrisson ne survit et n'accède à la conscience de lui-même qu'à travers la *relation* qui le lie à sa mère.

Au départ, cette relation est une relation de dépendance absolue ; et le développement psychique du nourrisson est étroitement tributaire dans ses caractéristiques et son parcours d'une fonction maternelle « suffisamment bonne », c'est-à-dire capable de répondre aux besoins fondamentaux de l'enfant (besoins de nourriture, de chaleur, de contact, de soins, de stimulation et de repos...).

L'expérience de la continuité du soi, aboutissant au sentiment d'exister (de se sentir plein de vie), résulte donc de la qualité des soins maternels et commande le sentiment d'intégration et d'unité.

Si la mère répond de façon adaptée aux besoins du nourrisson, elle permet la constitution d'une aire d'illusion permettant un sentiment d'omnipotence, base du sentiment de sécurité et de continuité d'exister

(le bébé a, par exemple, l'illusion que le sein est l'objet créé à partir de son besoin de nourriture et de la pulsion orale : le goût, l'odeur, les sensations tactiles liées au sein sont mémorisées et le nourrisson peut recréer mentalement ce bon objet et a alors la sensation d'une harmonie entre le monde intérieur et le monde extérieur).

Au contraire, si la mère répond mal — trop ou trop peu — cela peut provoquer un « empiétement » auquel l'enfant doit réagir, réaction qui brise le sentiment de continuité d'être. Une accumulation d'empiétements a un effet traumatique au stade de dépendance absolue, car elle rompt l'harmonie entre les besoins du nourrisson et les réponses de l'environnement et ne permet pas à l'intégration de s'opérer. Il y a alors fragmentation du soi. Le sentiment de continuité est attaqué, laissant émerger une angoisse d'annihilation, sorte d'« agonie primitive » (car le nourrisson ressent intensément que la non réponse à ses besoins menace sa survie). C'est l'essence des angoisses psychotiques : par exemple, pour Winnicott, la crainte clinique de l'effondrement est « la crainte d'un effondrement qui a déjà été éprouvé » lorsque le nourrisson s'est senti submergé par des angoisses dévastatrices. Face à ces angoisses, l'enfant va développer des mécanismes de défense (comme le clivage) qui entraînent des distorsions dans l'organisation du moi, dont le « faux self » est l'expression la plus nette ; elles tendent à protéger le soi en le coupant de la souffrance et en lui donnant un sentiment d'invulnérabilité, mais en le coupant aussi de la réalité.

Le « faux soi », structure défensive, résulte donc de l'inaptitude de la mère à ressentir les besoins du nourrisson et de la soumission de ce dernier aux besoins et désirs de sa mère sous forme d'introjections. Cliniquement, le processus se traduit plus tard chez l'adulte, comme on le constate chez Léa, par une coupure par rapport aux besoins corporels et désirs profonds, par une agitation perpétuelle, un sentiment de pression et de heurts émanant de la réalité extérieure, si bien que l'existence est remplie de la réaction à ces heurts et recouvre un sentiment d'artificialité, d'irréalité et de vide. C'est l'origine des affects de dissociation et de persécution, prévalants dans la psychose et les états limites...

LE NORMAL ET LE PATHOLOGIQUE

L'ensemble des travaux que l'on vient d'évoquer montre que la conscience de soi est une construction progressive et complexe que de nombreux facteurs peuvent perturber. Elle résulte d'un processus où interagissent plusieurs dimensions : corporelle, pulsionnelle et relationnelle.

L'aspect relationnel est fondamental. Avant d'exister pour lui-même, l'enfant est présent dans l'imaginaire de ses parents et se voit assigner une place symbolique dans le système familial. Le choix du prénom est souvent révélateur de cette place : ce peut être celui d'un grand père prestigieux, d'un acteur incarnant l'idéal masculin de la mère, d'un

enfant mort-né ou trop tôt disparu que le nouveau-né doit remplacer ; androgyne, il peut signifier le garçon attendu et la résignation devant la naissance d'une fille... Les sorts jetés dans les contes par les fées et les sorcières au berceau de l'enfant expriment bien les désirs et les angoisses dont l'enfant est porteur et qui vont sceller son destin. Selon qu'il a été attendu ou redouté, que son sexe correspond à ce que ses parents souhaitaient, que sa naissance est investie d'espoir ou de crainte, l'enfant en reste marqué dans son identité.

On a vu, par exemple, que LÉA n'avait pas été désirée, que ses parents auraient préféré un garçon et que cette préférence s'est clairement manifestée à la naissance du petit frère. Dès lors, à travers le regard parental, la féminité ne pouvait lui apparaître que comme quelque chose de dévalorisant, au contraire de la masculinité. Léa, en tant que femme, se vit sans intérêt, sans valeur, tout au plus un objet sexuel pouvant attirer les hommes par sa soumission à leurs désirs. Elle a compensé cette image profondément ancrée en elle, par une forte identification masculine qu'elle trouve à satisfaire dans sa vie professionnelle. Les cheveux courts, toujours en pantalon, elle entre facilement en rivalité avec ses collègues masculins ; elle n'est pas fâchée de leur « rentrer dedans », de leur montrer « qu'elle en a » et de les contraindre à « baisser pavillon ».

Le miroir de la mère

De cette identité primaire, constituée par l'imaginaire parental, le regard de la mère constitue le vecteur fondamental. C'est, comme le souligne Winnicott (1975, p. 155), le premier miroir dans lequel le bébé va se voir. Selon que ce regard exprime l'admiration, la tendresse, la joie ou, au contraire, le rejet, la déception, la tristesse, l'enfant va « se voir » différemment.

On se souvient du désespoir de LÉA de n'avoir pu saisir d'émotion dans le regard de sa mère, d'avoir l'impression de ne jamais y avoir lu d'intérêt, de fierté, d'affection à son égard. On peut mettre en relation le vide intérieur qu'elle ressent avec ce regard vide posé sur elle. Par contraste, le regard de son père lui semblait plus vivant ; elle se souvient notamment de certains coups d'œil, à l'adolescence, sur sa poitrine, sur ses jambes ; mais en même temps, ils ont été générateurs de malaise, de trouble, car trop sexués, plus masculins que paternels.

L'idée que la conscience de soi se constitue au sein d'une relation d'objet très précoce (remettant en cause l'hypothèse freudienne d'un stade an-objectal) a été promue aussi par Mélanie Klein. Plutôt qu'un moi refermé sur lui-même, elle montre un moi qui se construit à travers une relation intersubjective (largement fantasmatique) marquée par l'introjection, le clivage et l'identification aux objets partiels. Dans l'introjection orale du « bon objet », amour et identification sont étroitement liés. De cette façon se constitue un pôle d'identité fusionnelle fondé sur

le « bon » (le *self* – terme qu'elle est une des premières à employer) et un pôle d'altérité menaçante formé par la projection du « mauvais ». Ainsi, chez Klein, l'amour de soi — le narcissisme — se constitue à travers les premières relations d'objet ; l'objet primaire n'est pas distinct du soi puisqu'il en forme la matrice.

J. Lacan tire, lui aussi, la construction identitaire vers la relation à l'autre et l'identification, à travers le stade du miroir où l'enfant, en contemplant son corps, se fixe à une image extérieure qui l'aliène à lui-même ; par la suite, dans toute relation narcissique, « le moi est l'autre et l'autre est moi ». Dans cette relation spéculaire, narcissisme et agressivité sont étroitement intriqués, car l'autre représente en même temps le semblable et la figure du rival :

« C'est le paradigme de toutes les formes de la ressemblance qui vont porter sur le monde des objets une teinte d'*hostilité* en y projetant l'avatar d'une image narcissique qui, de l'effet jubilatoire de sa rencontre au miroir, devient dans l'affrontement au semblable le déversoir de la plus intime agressivité » (1966, p. 809).

Pour reprendre l'exemple de LÉA, elle a des amitiés féminines fortes et passionnelles. Elle s'y montre très possessive et ambivalente. Elle attend beaucoup de ses amies tout en leur témoignant en retour un dévouement total. Mais à la moindre réserve, manifestation d'un « égoïsme » ou expression de rivalité de leur part, elle se sent flouée et trahie. L'amie idéalisée tombe de son piédestal et devient la cible de propos acides et de mouvements de rejet.

Corps, pulsions et narcissisme

La conscience de soi s'étaye aussi sur le sentiment d'identité corporelle. On a vu avec Winnicott que c'est à partir des sensations organiques, du toucher, de la motricité que le nourrisson arrive peu à peu à distinguer le dedans et le dehors, ce qui est intérieur et ce qui est extérieur, son propre corps et le corps de l'autre. La surface corporelle externe, la peau, joue un rôle important comme support du sentiment d'identité, comme Freud l'avait souligné et comme d'autres auteurs l'ont développé¹. Le stade du miroir (Wallon, Lacan, Zazzo) où l'enfant reconnaît son corps comme sien représente une étape décisive dans la construction du sentiment d'identité. Par la suite, l'image que l'on a de son corps, la satisfaction ou l'insatisfaction que l'on en retire, le fait de se « sentir bien ou mal dans sa peau » constitue à tout âge une composante fondamentale du sentiment d'identité.

Mais cette composante n'est pas seulement perceptuelle. Le corps est source de plaisir ou de souffrance ; on l'aime ou on ne l'aime pas.

1. Cf. Montagu, 1979 et Anzieu, 1985.

L'image que chacun en a est fortement investie par des mouvements affectifs et pulsionnels. Elle est notamment imprégnée par le narcissisme et la sexualité¹. Les différentes parties du corps, et tout spécialement les zones érogènes, prennent, dans ce registre, une valeur et une signification particulières. C'est ainsi que l'identité corporelle relève autant du subjectif et de l'imaginaire que de la perception objective et peut être le siège de graves perturbations (comme dans le cas de l'anorexie et de différentes formes de dismorphophobies).

Il y a donc un lien étroit entre l'identité corporelle et la conscience de soi, entre l'investissement narcissique et libidinal du corps et le sentiment d'existence ou l'estime de soi.

Apportons-en un bref exemple :

À vingt-quatre ans, JULIEN a entrepris une psychothérapie parce qu'il n'avait aucun goût à vivre. Sans projets, sans passions, sans énergie, il traîne sa déprime et se trouve à peine le droit d'exister. Il ne porte sur lui que des jugements négatifs : il se trouve « lâche », « paresseux », « minable », « bon à rien »... Il apparaît très vite que tous ces jugements sont ceux que son père lui a répétés depuis son enfance. Enfant battu, il a fini par entériner et justifier les corrections paternelles : si son père l'a traité comme ça, c'est qu'il « le méritait ». Julien souffre de nombreux problèmes de santé — mais le mot « souffre » est inexact, car il dit « s'en foutre ». Il respire mal, fume trop, a constamment des bronchites. Il ne compte plus le nombre des accidents qui lui arrivent : blessures, chutes, fractures... Mais il ne s'en plaint pas. C'est comme si son identité s'était fixée à un corps maltraité. Sa faible estime de lui-même semble s'exprimer dans son mépris pour son corps et pour sa santé.

Les pathologies du soi

L'attention portée à la conscience de soi, à la construction identitaire, à sa force ou sa fragilité, à l'estime et à l'image de soi, a entraîné de profonds remaniements dans le domaine de la psychopathologie que reflète l'évolution du vocabulaire.

On parle de plus en plus de personnalités narcissiques, de patients-limites (*borderline*), de structures en « faux *self* », d'affirmation et d'estime de soi. Si la notion de narcissisme garde une grande importance pour la psychanalyse, sa conception a fortement évolué. Le narcissisme est reconnu aujourd'hui comme une dimension fondamentale et normale de la construction identitaire. Ses manifestations pathologiques apparaissent comme une réaction de défense face au sentiment d'une carence ou d'un défaut affectif qui n'a pas permis une narcissisation normale du soi.

1. L'importance que prennent aujourd'hui la culture du corps, le body-building, la chirurgie esthétique en est une bonne illustration.

Cette hypothèse a été spécialement développée par Balint qui note que « l'analyse des adultes ou d'ailleurs des enfants qui manifestent des attitudes de toute-puissance, révèle invariablement que cette toute-puissance est une tentative désespérée contre un sentiment d'impuissance » (1971, p. 67).

Winnicott a développé des idées très voisines. Kernberg parle de « vulnérabilité pathologique du soi » ; Kohut de la construction d'un « soi grandiose » pour parer aux troubles du narcissisme engendrés par la carence des soins maternels ; il souligne que l'angoisse de perte de l'objet est alors prééminente et entraîne toujours « un déséquilibre ou une déficience narcissique chez le patient » (1974, p. 29).

Au fond, tous ces auteurs montrent que les manifestations narcissiques qui semblent marquées par l'excès signalent en fait l'existence d'un défaut fondamental et sont une sorte de formation réactionnelle à l'angoisse de perte, de vide, d'anéantissement ; elles expriment un manque essentiel d'amour de soi consécutif à une défaillance de l'investissement maternel ou de l'environnement. Comme l'écrit Balint :

« Nous aboutissons ainsi à la conclusion qu'un homme ou une femme authentiquement narcissiques ne sont, en fait, qu'une simple façade. Ils sont désespérément dépendants de leur environnement » (Balint, p. 76).

Ainsi, plus qu'une question d'investissement quantitatif de la libido, les troubles narcissiques renvoient aux caractéristiques qualitatives et structurelles de la construction du soi, en relation avec autrui. On peut donc conclure avec Kernberg :

« À elles seules, les considérations économiques (c'est-à-dire celles qui portent sur l'intensité ou l'importance quantitative de l'investissement narcissique) ne révèlent pas grand-chose de la nature pathologique ou normale du narcissisme. » (Kernberg, 1976, p. 190)

L'identitaire et le sexuel

Les nouvelles conceptions du narcissisme, l'importance accordée aux relations mère-nourrisson dans les premiers mois de la vie, la prise en compte des traumatismes nés des carences affectives et des troubles des interactions précoces, l'attention portée au sentiment d'identité et à son développement, à l'intégration du soi, à sa force ou sa fragilité ont profondément modifié nos conceptions de la psychopathologie. Tous ces éléments nous ont aidés à sortir du « monothéisme sexuel » du freudisme, selon l'expression de Bergeret. Ce dernier souligne que « l'extension du champ de la primauté organisatrice de la sexualité aux premiers stades de la vie infantile constitue une hypothèse hasardeuse tendant à éclipser l'importance organisatrice première et fondamentale du courant naturel narcissique » (1999, p. 825).

Ces considérations ne tendent pas à nier l'importance de la sexualité, et notamment de son émergence et de son développement au cours de l'enfance, dans l'équilibre ou les troubles de la personnalité et de la relation ; elles ne récusent pas le rôle structurant de la triangulation œdipienne. Elles conduisent à relativiser la prévalence absolue que Freud et beaucoup de psychanalystes ont conférée à ces facteurs et à les appréhender dans un nouvel éclairage.

La façon dont les pulsions (sexuelles et agressives) sont intégrées plus ou moins harmonieusement au fonctionnement global de la personnalité et à ses relations avec autrui dépend en grande partie de l'ensemble de la construction identitaire. Si des traumatismes et des carences sont intervenus lors des premiers stades du développement, entraînant des déformations et une vulnérabilité du soi, l'intégration des pulsions se fera mal. Notamment l'abord des conflits de la phase œdipienne sera problématique et leur dépassement sera difficile.

Revenons encore une fois à LÉA. Sa vie sexuelle ne la satisfait guère ; les relations avec son mari sont pauvres et ne lui procurent que peu de plaisir. Elle vit des aventures passionnelles et frustrantes avec des hommes dont elle s'aperçoit qu'ils représentent pour elle des figures paternelles. Après une première phase d'attirance, l'insistance qu'elle met à capter leur affection de manière possessive entraîne très souvent le rejet et la rupture de leur part. Bien sûr, on pourrait dire qu'elle est restée fixée à des désirs œdipiens incestueux. Mais cette fixation peut se comprendre comme une tentative chaque fois renouvelée d'obtenir la reconnaissance qu'elle n'a pas eue de la part de son père. Elle utilise la sexualité comme un moyen de séduction, comme une façon de s'assurer qu'elle existe, qu'elle compte pour l'autre, comme une compensation face à sa faible estime d'elle-même.

Elle reconnaît d'ailleurs que la sexualité a en soi moins d'importance pour elle que son immense besoin d'affection qui lui vient des carences de l'enfance et dont elle a peur que rien ne puisse l'étancher. Chaque nouvelle aventure éveille l'espoir et l'angoisse car elle redoute profondément la dépendance qu'entraîne le sentiment amoureux et anticipe fortement le rejet qu'elle finit par provoquer.

Cet exemple tend à suggérer que les deux points de vue que l'on a semblé opposer dans un premier temps – l'un centré sur le développement sexuel et les conflits œdipiens ; l'autre sur la construction et l'intégration du soi et la réparation des carences et des traumatismes narcissiques – se complètent plus qu'ils ne s'excluent. Comme le souligne justement Kohut (1991, p. 185), « les névroses de conflit sont, dans chaque cas, enracinées dans la matrice génétique d'une perturbation du soi ».

MUTATIONS THÉRAPEUTIQUES

La prise en compte des problématiques narcissiques, des éléments carenciels ayant provoqué des distorsions dans la conscience et l'estime

de soi a entraîné des transformations profondes des paramètres de la « cure type ».

Ce nouvel aménagement de la situation et du processus implique des caractéristiques originales quant au cadre, à la relation thérapeutique, aux qualités et au maniement du transfert.

L'aménagement du cadre

Dans certains cas, une attitude d'écoute empathique, de soutien, d'acceptation et de confirmation peut être suffisante pour raffermir la confiance en soi, permettre une meilleure intégration de la personnalité, restaurer l'estime de soi et favoriser une plus grande assertivité. Mais dans d'autres cas, une telle démarche est insuffisante et il faut envisager un travail beaucoup plus régressif (*cf.* chapitre 11).

Le cadre doit être alors une sorte de symbolisation de la relation du nourrisson à son entourage et notamment à la mère. Il faut créer un environnement sécurisant et facilitant qui puisse se substituer à la situation de carence qu'a connue le patient dans la réalité. La relation au thérapeute est alors un équivalent des *soins* et du *soutien* maternels. C'est cette fonction de soins qui autorise le toucher, le langage corporel, émotionnel et non verbal prenant à certains moments une place essentielle¹ (« Dans les séances avec Winnicott, raconte Margaret Little (1991, p. 533) qui a été sa patiente, il y avait toujours un "signe" de maternage ; il m'ouvrait toujours la porte lui-même, chaque séance se terminait toujours avec du café et des biscuits, il veillait à ce que j'aie chaud, et à ce que je me sente bien... »).

Le patient doit pouvoir être soigné, réconforté et porté par le thérapeute tant que cela correspond à son besoin prééminent. Dans ce *soutien*, le thérapeute apporte au patient l'environnement sécurisant et l'intégrité de son propre moi qui lui font défaut.

Mais il doit aussi être capable de retirer progressivement son support, au fur et à mesure que s'opère la maturation du patient ; car celui-ci doit pouvoir trouver peu à peu en lui-même sécurité, intégrité et force suffisante pour affronter la réalité quotidienne.

La relation thérapeutique

Dans un tel cadre, la relation thérapeutique s'éloigne de la position analytique classique. Elle est beaucoup plus proche du modèle proposé par Carl Rogers et le courant de la psychologie humaniste. L'attitude du thérapeute ne s'inscrit pas dans l'alternative de gratifier ou de frustrer le patient. Il doit l'aider à développer avec lui une relation primitive, proche de la relation mère-enfant dans laquelle il est capable de répondre

1. Sur la place et la signification du toucher, on lira avec intérêt l'ouvrage de Paumelle, 2001, et aussi Fourcade, 1997.

aux besoins régressifs du patient, notamment aux besoins de dépendance, d'empathie, d'acceptation, de soutien et de reconnaissance. Il doit donc tolérer et accompagner les mouvements régressifs du patient (nous ne développerons pas ce point que nous avons traité au chapitre précédent ; nous rappellerons seulement que la régression fait alors partie du processus de guérison).

Le transfert est abordé à la fois dans le registre classique de la répétition et de la résistance et comme un moyen de reprise du développement, une sorte de « reparentage » ; il permet de répondre aux besoins insatisfaits, de réparer les carences et de soulager les angoisses qui leur sont liées (angoisses de désintégration, d'effondrement, d'intrusion, d'abandon...). Le thérapeute fonctionne alors autant comme objet d'étagage qu'en tant qu'écran projectif afin de permettre la maturation du Soi et l'instauration d'un lien empathique et stable qui a fait défaut dans le passé. Il doit rester à « bonne distance » : ni trop lointain (car il risque de répéter la carence maternelle) ni trop proche (car il peut être ressenti comme intrusif)¹.

Le transfert, dans cette démarche, fait davantage l'objet d'une reconnaissance empathique et d'une acceptation que d'une interprétation. On peut comparer ici l'attitude du thérapeute au regard et à l'accueil de la mère grâce auxquels l'enfant naît au sentiment de sa propre identité. Winnicott souligne :

« La psychothérapie ne consiste pas à donner des interprétations astucieuses et en finesse ; à tout prendre, ce dont il s'agit, c'est de donner à long terme en retour au patient ce que le patient apporte. C'est un dérivé complexe du visage qui réfléchit ce qui est là pour être vu. J'aime à penser ainsi à mon travail et aussi que, si je fais suffisamment bien cette tâche, le patient trouvera son propre soi, sera capable d'exister et de se sentir réel. » (Winnicott, 1971, p. 161)

Pour illustrer ces différents points, on peut présenter quelques aspects du travail thérapeutique de Léa. Bien sûr, il ne peut s'agir que de quelques indications qui seront loin de rendre compte de l'ensemble du processus, assez éloigné d'une quelconque vision schématique et linéaire ; elles rendront mal compte du déroulement réel de la thérapie, ponctuée d'avancées, de stagnations et de retours en arrière. Néanmoins, on peut dégager un mouvement d'ensemble qui s'est déroulé sur plusieurs années.

Dans un premier temps, le travail a essentiellement consisté à instaurer un lien thérapeutique suffisamment fiable et sécurisant. Étant donné le contexte familial dans lequel elle avait vécu, Léa avait beaucoup de peine à faire confiance, à s'appuyer sur quelqu'un ; elle était toujours sur ses gardes, se contrôlant beaucoup. Le comportement du thérapeute s'est donc surtout caractérisé par une attitude d'écoute empathique, de soutien

1. Cf. notamment, sur cet aspect de la relation, Delourme, 1997.

et de confirmation. Et le cadre a été mis en place en correspondance avec ce comportement : une première phase du travail a eu lieu en situation de face à face ; une seconde en position allongée — le thérapeute restant néanmoins toujours accessible visuellement pour la patiente, ce qui pouvait être rassurant pour elle et permettre un meilleur étayage.

Il a fallu ensuite permettre à Léa de relâcher ses résistances et d'assouplir ses défenses. Ayant beaucoup de peine à tolérer les silences qui la renvoyaient à un vide angoissant, elle usait largement, durant les séances, de défenses obsessionnelles : discours narratif envahissant, mise à distance des affects, ritualisation, résistance à la libre association, demandes insistantes d'explications et de solutions...

C'est ce travail sur les résistances qui a permis l'amorce d'un mouvement régressif grâce auquel Léa s'est trouvée en contact avec des émotions et des sentiments profondément enfouis : sentiment de solitude, manque d'affection, insécurité narcissique. Les séances ont alors été fortement chargées émotionnellement, avec beaucoup de manifestations corporelles et somatiques. Tout un travail a porté, notamment, sur le déblocage des pleurs : en effet, au début de sa thérapie, Léa s'empêchait de pleurer car elle redoutait de ne pouvoir s'arrêter et d'être submergée par les larmes et la tristesse (elle faisait ainsi de nombreux rêves où elle risquait de se noyer et d'être engloutie par la mer). Toute l'attitude du thérapeute tendait alors à l'entourer, à la rassurer par son contact, à l'aider à traverser ses moments régressifs très douloureux et très éprouvants.

Plus en contact avec ses émotions, Léa a pu reconnaître et accepter chez elle des sentiments qu'elle rejetait et tout particulièrement les sentiments d'envie, de jalousie, de rivalité. Cela lui a permis une meilleure intégration du soi et un allègement de l'idéal du moi qui jouait comme défense contre les aspects déniés du soi.

À partir de là, Léa a pu se décharger d'une grande partie des tensions qui l'habitaient et comprendre la nature des angoisses et des sentiments de dévalorisation dont elle souffrait. Peu à peu, elle s'est sentie plus vivante, plus créative. Ce sentiment nouveau s'est d'ailleurs traduit par des changements professionnels et relationnels qui lui ont permis de se construire une vie plus épanouissante et plus riche.

Ainsi le travail thérapeutique axé sur les troubles narcissiques, les pathologies du soi et la construction identitaire peut apparaître comme une perspective théorique et pratique profondément novatrice dans le champ de la psychothérapie.

Chapitre 13

CHANGER

EXPLIQUER, analyser, comprendre sont des opérations importantes mais insuffisantes. Si le patient recourt à la psychothérapie, c'est qu'il a envie de changer quelque chose en lui ou dans ses relations à autrui et qu'il n'y arrive pas tout seul. La psychothérapie est essentiellement une aide au changement. Le patient souhaite, à travers cette démarche, ne plus souffrir, ne plus être déprimé, se débarrasser de symptômes gênants, être moins angoissé, moins vulnérable ou moins seul, aimer et être aimé, avoir une sexualité plus épanouie, savoir mieux s'affirmer, être capable de prendre des décisions, mieux gérer son existence, trouver un sens à sa vie...

Il a ainsi à la fois une visée « suppressive » (se débarrasser de ce qui le gêne) et une visée « instaurative » (acquérir ce qui lui manque).

Face à la demande de changement du patient, chaque démarche thérapeutique va apporter une réponse plus ou moins spécifique. Cette réponse comporte en général plusieurs éléments interdépendants.

Tout d'abord une explication sur la nature du *fonctionnement psychique* et de ce qui peut le perturber ; cette explication prend la forme d'une « psychopathologie » plus ou moins développée qui peut aller de systèmes très simples (comme le schéma tension/détente dans la relaxation) à une théorisation extrêmement complexe comme la métapsychologie psychanalytique, avec ses points de vue topique, dynamique, économique et génétique et son ambition de rendre compte de la globalité de la psyché humaine.

Chaque démarche définit aussi les *buts* thérapeutiques qu'elle se fixe ; ces buts découlent, bien sûr, de sa conception du trouble psychique. Ils varient donc selon les thérapies. Ils vont de la résolution d'un problème

précis (comme dans les sexo-thérapies), de la suppression d'un symptôme, à des objectifs plus généraux : étendre le champ de la conscience, instaurer un meilleur fonctionnement énergétique, cicatriser les blessures de l'enfance, apaiser les conflits intérieurs, assouplir les défenses, assurer une plus grande intégration de la personnalité, permettre une adaptation créative à l'environnement, mieux communiquer...

Plus les buts sont ambitieux et complexes, plus ils sont multiples, plus il est difficile d'évaluer les effets de la thérapie. Plus l'objectif visé est simple, concret et clairement défini, plus on a de chances de savoir s'il a été atteint. C'est pourquoi dans certaines démarches (comme l'analyse transactionnelle, les thérapies comportementales et cognitives, les approches systémiques et, plus généralement les thérapies brèves) on propose au patient, en début de parcours, de définir avec lui le but qu'il se fixe et, quelquefois aussi, les critères qui lui permettront de dire qu'il a été atteint.

Les objectifs une fois définis, il reste encore à préciser les *moyens* mis en œuvre pour les atteindre. Là encore, ces moyens peuvent être plus ou moins complexes et plus ou moins structurés. Ils s'expriment à travers un *dispositif* (le cadre, la temporalité, les modalités de rencontre...), des *procédures* de travail (la libre association en psychanalyse, la respiration en *rebirth*, la transe en hypnose...) et des *techniques* utilisées (le psychodrame en gestalt, les positions de stress en bioénergie, l'analyse des rêves dans plusieurs démarches...). L'ensemble de ces moyens constitue le « savoir-faire » du psychothérapeute qui n'est pas toujours clairement codifié et qui fait plutôt l'objet d'une « transmission par l'exemple » dans les formations de psychothérapeutes.

Il resterait encore à préciser les procédures d'évaluation des résultats obtenus, mais trop rares sont aujourd'hui les démarches qui les prévoient explicitement¹.

On saisit à travers ces quelques réflexions combien la question du changement en psychothérapie est complexe, combien aussi les réponses qui lui sont apportées varient d'une démarche à l'autre². Nous allons néanmoins aborder cette problématique d'une façon relativement globale en l'envisageant sous trois angles : l'offre et la demande de changement ; les moteurs du changement qui agissent dans le processus thérapeutique ; et enfin les résultats qu'on peut en attendre.

L'OFFRE ET LA DEMANDE

Le psychologue Eysenck, dans une expérience fameuse, a voulu mettre en doute l'efficacité de la psychothérapie en montrant que l'on pouvait relever autant de changements chez des patients potentiels, inscrits sur

1. Il s'agit essentiellement des thérapies comportementales et cognitives.

2. Pour aller plus loin, cf. Marc, 2002.

une liste d'attente, que chez ceux qui étaient effectivement entrés en psychothérapie. Mais ce qu'il avait plutôt mis en lumière, c'était l'importance de la demande : le fait de solliciter une psychothérapie est un premier pas, souvent décisif, dans une démarche de changement. Il traduit la prise de conscience qu'on ne peut résoudre seul ses problèmes et qu'on a besoin d'aide. C'est d'ailleurs cette demande d'aide qui autorise le thérapeute à intervenir dans les affaires du patient, sinon, son intervention serait ressentie comme intrusive. Comme le relève Edmond Gilliéron à partir de nombreuses observations :

« La qualité des résultats est fortement liée à la motivation des patients au départ du traitement. » (Gilliéron, 1983)

Cependant, la réalité n'est pas si simple et souvent le patient reste ambivalent dans sa demande : il ressent le besoin d'être aidé mais accepte mal la dépendance que cela crée à l'égard du thérapeute ; il voudrait garder le contrôle de la situation et amener son thérapeute à adopter sa propre vision de ses problèmes.

C'est le cas de MAXIME qui se décide à entamer une psychothérapie parce qu'il est tiraillé entre son épouse qu'il n'aime pas mais qu'il ne peut quitter et sa maîtresse avec qui il vit une relation passionnelle mais pour laquelle il ne peut opter. Il attend du thérapeute qu'il l'aide à être « raisonnable » et à rompre avec sa maîtresse pour préserver son couple et sa famille. Il est surpris, et finalement soulagé, lorsque le thérapeute lui renvoie que le problème est peut-être, pour lui, d'accepter de vivre une relation amoureuse dans la durée (que ce soit avec sa femme ou avec sa maîtresse). En recadrant ainsi la demande de Maxime (sous-tendue par la peur de l'intimité et de la dépendance amoureuse), le thérapeute lui permet de se confronter au fond du problème et le libère d'un choix fallacieux.

Ainsi, une première phase de la thérapie est d'amener le patient à accepter d'être aidé (en entrant dans une démarche thérapeutique) et de renoncer à se « soigner » tout seul¹. En effet, très souvent, le patient a mis en place des mécanismes de défense pour se protéger de ce qui le perturbe (angoisses, culpabilité, blessures narcissiques...) ; or ces mécanismes – généralement maladroits ou mal adaptés – génèrent eux-mêmes des difficultés. C'est ce que traduit l'expression « le problème, c'est la solution ».

Ainsi, VICTOR s'est enfermé peu à peu dans une existence étriquée et ritualisée. Tout changement, même minime, dans sa vie personnelle ou professionnelle l'angoisse. Il doit prévoir et organiser longtemps à l'avance tout événement ou démarche inhabituels : répondre à une invitation, aller

1. Bien entendu, il ne s'agit pas d'entraver les mouvements du patient vers l'autoguérison, mais de l'amener à « se soigner autrement » en acceptant d'être aidé.

dans un lieu inconnu, rencontrer une personne nouvelle... Venir chez le thérapeute lui est très difficile car cela nécessite pour lui un long temps de préparation ; il arrive en séance avec un « ordre du jour » écrit auquel il s'accroche, tout écart provoquant blocages et angoisses. Il lui a fallu plusieurs séances pour renoncer à sa « solution » et arriver à s'exprimer plus spontanément.

Seul le patient peut changer, mais il ne peut changer seul. Certains patients se montrent dépendants et passifs à l'égard du thérapeute, attendant qu'il les transforme d'un coup de baguette magique. Il s'agit alors de les responsabiliser ou de les rendre plus actifs. D'autres, au contraire, fuient toute dépendance et veulent s'en tirer seuls ; il faut, dans ce cas, faire accepter l'aide du thérapeute.

HÉLÈNE a vécu une enfance difficile entre une mère autoritaire et rejetante et un père alcoolique et violent. Elle a appris à faire face aux situations les plus dures, protégeant frères et sœurs de la brutalité de ses parents. Elle ne fait confiance à personne et dit ne compter que sur elle-même. Devant le thérapeute, elle a honte de manifester la moindre marque de « faiblesse », et notamment de pleurer. Elle a, dit-elle, beaucoup de mal à saisir les mains qui se tendent pour l'aider. Le thérapeute lui propose alors de prendre sa main. Elle le fait après beaucoup d'hésitation, mais sa main est raide et figée, comme paralysée. Au bout d'un certain temps, elle éclate en sanglots et supplie le thérapeute de lâcher sa main. Lorsqu'elle a repris son calme, elle explique qu'elle a vécu une situation insupportable : elle ne pouvait vraiment saisir la main qui lui était tendue car elle avait peur de se sentir prisonnière ; mais elle n'osait pas non plus la retirer car elle redoutait que ce geste soit interprété comme un rejet. Prise entre ces deux mouvements contradictoires, elle s'est rigidifiée pour ne rien sentir. Cela l'a replongée dans un vécu d'enfant face à sa mère : elle aurait bien aimé que sa mère prenne affectueusement sa main lorsqu'elles marchaient dans la rue ; mais lorsque celle-ci le faisait, c'était pour tenir sa main prisonnière et lui imposer sa volonté. Sa mère s'emparait de sa main et elle n'osait pas la retirer de peur que sa mère la rejette. Elle a revécu cette double contrainte si intensément que sa main et son bras lui ont fait mal pendant plusieurs jours.

Face à la demande du patient, la réponse du thérapeute peut sembler paradoxale. On pourrait, de façon caricaturale, la traduire par : « Venez me voir régulièrement mais je n'ai pas de solution à vous offrir. » En effet, un thérapeute ne propose pas, comme le ferait un médecin, un diagnostic et une prescription ; il ne promet pas la guérison, ne garantit aucun résultat ou solution toute faite. Ce qu'il offre, c'est un cadre et un certain type de relation.

Il ne se situe pas tant comme conseil, comme *coach*, ou comme expert. S'il fallait choisir une référence, ce serait plutôt celle de l'« accompagnateur » ; mais l'accompagnateur d'un voyage qui ne serait pas organisé : la destination, les étapes, les chemins empruntés ne sont pas fixés pour chacun ; c'est au patient d'établir son itinéraire. Il renvoie donc le patient

à sa liberté et à sa responsabilité, lui proposant juste de faire un bout de chemin ensemble pour lui faciliter la route.

Toutes les thérapies se fixent pour objectif de rendre le patient plus autonome, de lui restituer une liberté altérée par ses entraves défensives et le carcan de la répétition névrotique. Mais elles comportent un paradoxe : cet accès à une plus grande autonomie passe par une dépendance acceptée et encadrée. En effet, ce qui rend acceptable cette dépendance provisoire, c'est que le patient et le thérapeute sont soumis aux mêmes règles éthiques (contractualisation, confidentialité, abstinence, non-passage à l'acte, engagement mutuel, authenticité...). C'est le respect de ces règles qui permet au patient de se confier au thérapeute plus que la nature intrinsèque de la technique utilisée. Comme le souligne Armand Plagnol, aucune technique à elle seule ne garantit le respect du sujet : « On peut sans doute détourner de façon perverse aussi bien les techniques des thérapies comportementales que les techniques systémiques ou le cadre de la cure analytique¹. »

Bien sûr, le thérapeute n'est pas sans réactions, sans désirs, sans projets, sans attentes à l'égard du patient. Mais il s'efforce de les suspendre. Ses attentes sont d'une nature particulière car elles ne se fixent pas d'autres buts que le respect de l'altérité et de la liberté du patient. François Roustang a bien analysé et décrit cette position spécifique du thérapeute ; il l'a synthétisée à travers cette formulation : « Je m'attends qu'il changera » (2000, chap. VI).

LES MOTEURS DU CHANGEMENT

Lors des chapitres précédents, nous avons mis en lumière les facteurs agissant dans la démarche thérapeutique : le cadre, la relation, le transfert et le contre-transfert, la temporalité, la communication, le travail des résistances, la régression... Il s'agit moins ici de résumer ces différents éléments que de dégager certains mécanismes spécifiques générateurs de changement que l'on retrouve dans différentes thérapies. Ces mécanismes transversaux apparaissent comme les moteurs essentiels du processus thérapeutique.

Mais ce ne sont pas seulement des moyens en vue d'un objectif. Ils constituent très souvent une expérience nouvelle qui fait vivre en direct au patient une forme de changement. Dans ce sens, il convient de modifier l'image que l'on se fait concrètement du processus thérapeutique : il faudrait passer par la compréhension pour arriver à la modification des attitudes et des conduites. Or, c'est plutôt l'inverse qui se passe : à travers l'expérience d'une transformation, le patient arrive à la compréhension de ce qui fait problème et des obstacles qui l'empêchent de changer.

1. Plagnol, 2003. Cf. aussi dans ce même n° 35 l'article de Langlois-Meurinne G., 2003.

AGNÈS a toujours l'air pressée. C'est à pas rapides qu'elle entre dans le cabinet du thérapeute et, à peine installée, elle commence à parler précipitamment pour raconter les événements de sa vie quotidienne. Dès qu'elle a épuisé un sujet, elle repart sur un autre sans laisser le moindre blanc. Lors d'une séance, le thérapeute lui propose de rester en silence et de sentir ce qui se passe. Elle a l'air très mal à l'aise et dit que cette situation l'angoisse. Le thérapeute l'encourage à persévérer. Au bout d'un certain temps, elle manifeste une profonde gêne car, dit-elle, elle ressent vivement la proximité entre le thérapeute et elle : « Si on ne parle pas, que peut-il se passer ? » Elle redoute une sexualisation de la relation. De la part du thérapeute ? Oui, mais aussi de sa part à elle, avoue-t-elle en rougissant.

À travers cette simple expérience, en rupture avec son comportement habituel, Agnès comprend que l'« activisme » qui est le sien est un moyen de ne pas ressentir, de tenir à distance ses désirs et ses sentiments : c'est l'expérience d'un changement dans sa manière d'être qui lui a permis de comprendre le sens de sa conduite.

L'expression spontanée

L'expression spontanée est le principe de base de la plupart des psychothérapies dont l'effet est particulièrement puissant : « Dites tout ce qui vous vient à l'esprit », suggère le psychanalyste ; « laissez votre corps parler », dit-on en bioénergie ; « exprimez tout ce que vous ressentez », propose-t-on en gestalt-thérapie... Cette invitation entraîne le patient dans une expérience nouvelle, éloignée de la vie courante où nous exerçons un contrôle constant sur notre expression.

LOUIS ressent très profondément le caractère « extraordinaire » de cette expérience : « Ici, c'est le seul endroit où je peux vraiment m'exprimer. Je sais que je peux dire tout ce que je vis et tout ce que je ressens sans trop me demander comment vous allez le prendre, sans redouter d'être jugé. J'ai l'impression que je peux tout partager avec vous, sans culpabilité et sans honte. Chaque fois, je me sens soulagé en sortant d'ici, comme si j'avais pu me décharger de tout ce qui me pèse. J'ai l'impression que jusqu'ici, je n'avais jamais eu ce genre de communication et pour moi, c'est devenu irremplaçable. »

L'incitation à l'expression spontanée entraîne nécessairement un changement, si bien que Carl Rogers a pu en faire un élément central de sa démarche. Si le patient y accède, il va ainsi élargir son champ de liberté puisqu'il va être amené à exprimer ce que d'habitude il censure, dissimule ou refoule. S'il échoue à se laisser aller, il va se rendre compte à la fois de ce qu'il tait (qui renvoie aux sources de la honte, de la

culpabilité, de l'angoisse et aux zones conflictuelles de sa personnalité) et des résistances et mécanismes de défense qu'il utilise dans ce sens¹.

La libre expression a donc des effets importants ; elle amène un soutien et un partage du poids de la souffrance ; elle permet une déculpabilisation et un allègement du surmoi grâce à l'écoute bienveillante du thérapeute ; elle favorise une meilleure affirmation de soi en assouplissant les mécanismes qui l'entravent. Enfin, elle conduit le patient à considérer ses problèmes avec plus de distance (« Quand je vous parle, mes problèmes me semblent moins dramatiques, dit une patiente, je me demande même quelquefois pourquoi je me suis mise dans tous mes états pour si peu de chose »).

Apathie, empathie, sympathie

La libre expression a besoin, pour se développer, de l'*écoute bienveillante et empathique* du thérapeute. Bienveillante signifie exempte de jugement, de pression ou de parti pris. Empathique renvoie à la capacité du thérapeute à se mettre à la place du patient, à entrer en résonance avec ce qu'il exprime, à partager ses émotions.

L'empathie s'oppose à l'apathie qu'affichent certains psychothérapeutes : attitude de sphinx, silence, laisser-dire, impassibilité, voix monocorde, distance, froideur... tout cela sous couvert de neutralité (en oubliant la bienveillance censée l'accompagner). Cette attitude frustrante n'apporte aucun soutien au patient et lui impose une souffrance supplémentaire inutile et stérile. Elle est bien dénoncée et analysée par Perls lorsqu'il écrit :

« Certains thérapeutes considèrent comme un instrument professionnel essentiel le visage totalement impassible qu'ils s'efforcent de garder face à leurs clients. Cette attitude sadique et totalement frustrante est dictée par leur peur du contre-transfert et de leurs propres sentiments. En réalité, c'est en raison de leur apathie qu'ils frustreront leurs patients et s'interdisent de manifester la moindre émotion. » (Perls, 2003, p. 116)

L'empathie, ajoutée à la bienveillance, conduit à une certaine forme de sympathie. Cette sympathie thérapeutique se traduit par une acceptation profonde du patient, par une attention chaleureuse à ses souffrances, par une implication contrôlée dans la relation. Elle n'exclut pas l'usage de la frustration, mais elle la réserve aux situations qui incitent le patient à grandir, à être autonome, à répondre lui-même aux demandes qu'il adresse au thérapeute.

L'expression spontanée débouche sur deux mécanismes voisins : la *confrontation* et le *lâcher prise*.

1. Cf. le chapitre 10.

- La confrontation implique, pour le patient, de regarder en face et de reconnaître des attitudes, des émotions et des sentiments qu'il a tendance à rejeter ou à fuir : « Au lieu de faire des efforts désespérés pour être ce qu'il n'est pas, le client découvre qu'il a de nombreux avantages à être ce qu'il est », comme le souligne C. Rogers.
- Le « lâcher prise » intervient lorsque le patient renonce à contrôler le processus par ses mécanismes de défense habituels et se laisse aller à ce qui surgit (René note : « Les séances les plus riches pour moi sont celles où je ne m'attends pas à ce qui va se passer, où je suis surpris par quelque chose qui m'entraîne à mon insu »).

Abréaction, remémoration, anticipation

L'abréaction est un puissant moyen thérapeutique, utilisé par de nombreuses démarches, et notamment par les thérapies émotionnelles. Elle consiste en l'expression intense de sentiments et d'émotions inhibés ou refoulés ; elle s'accompagne souvent de larmes, de cris, d'expressions corporelles incontrôlées. Elle procure un sentiment de détente et de libération.

PAULINE a un souvenir vague de scènes d'enfance où son père rentrait ivre à la maison et où toute la famille vivait dans l'angoisse des violences qui accompagnaient souvent ces moments. Mais elle a beaucoup de mal à se confronter à ces souvenirs. Lors d'une séance, elle tente de se remémorer une des scènes qu'elle évoque : elle a de la peine cependant à le faire, déclare qu'elle n'y arrivera pas. Mais peu à peu, elle retrouve des détails concrets, des sensations tandis qu'une expression de terreur envahit son visage. Soudain, elle se recroqueville dans un coin, lève les bras devant son visage et se met à geindre : « Arrête, arrête papa, ne me bats pas je t'en supplie » ; puis elle sent la colère monter et se met à hurler : « Salaud ! Salaud » jusqu'à ce qu'elle s'effondre épuisée et en larmes. Cette séance a apporté à Pauline une sensation profonde de libération et a marqué un tournant dans sa thérapie.

On voit que l'abréaction se traduit souvent par le retour à la mémoire de scènes effacées ou oubliées. Cette remémoration est importante car elle permet de retrouver des événements traumatiques à l'origine des troubles (des « scènes primales » dirait Janov) et des moments forts dans l'histoire du patient. Elle favorise aussi les liens entre le présent et le passé. Cependant, la remémoration, utile lorsqu'elle peut éclairer le présent, n'est qu'un aspect du travail thérapeutique.

Aussi féconde peut être l'anticipation qui est la projection imaginaire dans le futur ; elle peut aider, par exemple, à explorer une situation anxiogène à venir ou, à certains moments, à construire des projets¹.

1. Cf. le chapitre 7 sur le temps.

La prise de conscience

Un autre mécanisme central dans le processus thérapeutique est la prise de conscience. Il serait plus exact, d'ailleurs, de parler de différentes formes de prise de conscience. L'une d'elles peut être rendue par le mot anglais *awareness* sur laquelle a particulièrement insisté la gestalt-thérapie. Il s'agit de devenir plus conscient, dans l'« ici et maintenant », de mes attitudes, de ma posture, de l'intonation de ma voix, de mes gestes automatiques qui traduisent des états intérieurs préconscients (c'est en remarquant, par exemple, que je remue nerveusement mon pied, que je deviens conscient — *aware* — de mon impatience).

Une autre forme correspond au terme d'*insight* ; elle signifie la mise en relation intuitive et soudaine d'éléments auparavant disjoints (Martine saisit tout à coup que le comportement de sa fille qui la désarçonne est exactement le même que le sien quand elle était enfant).

Au sens psychanalytique, on parle de prise de conscience lorsqu'une signification jusque-là inconsciente accède à la conscience (Martine se rend compte qu'elle s'est identifiée à sa mère dont elle reproduit les comportements alors même qu'elle les réprouve). L'interprétation tend à provoquer ce mouvement ; elle est fondamentale dans la démarche psychanalytique.

Enfin, ce peut être une nouvelle signification attribuée à l'expérience personnelle ou à un événement soit spontanément, soit avec l'aide du thérapeute ; c'est ce que l'on appelle le « recadrage » en termes systémique (le thérapeute indique à Martine que ce qu'elle percevait comme un comportement d'opposition de la part de sa fille n'était qu'une tentative pour capter son attention et son affection).

On voit toute la richesse et la diversité des prises de conscience qui constituent, chacune, une forme de changement touchant à la signification du phénomène.

La mise en acte

La prise de conscience appartient au registre de la représentation et du fonctionnement cognitif. D'autres mécanismes relèvent du registre de l'action et du comportement. On peut les regrouper sous le terme de « mise en acte » (différent, bien sûr, de ce que l'on entend traditionnellement par « passage à l'acte »). Un bon exemple en est donné par la technique du jeu de rôles et du psychodrame : le patient est invité à jouer une scène au lieu de la raconter et, éventuellement, à travers ce jeu, de modifier son comportement. Cette technique s'est révélée si efficace qu'elle a été adoptée par la plupart des démarches.

Le travail sur les résistances et les défenses, sur le transfert et plus largement la relation thérapeutique relève en grande partie de ce registre qui amène à se centrer sur ce qui se passe « ici et maintenant » entre le thérapeute et le patient. Car, en dernière instance, le changement doit

toucher les comportements et les conduites du patient dans le cadre thérapeutique et à l'extérieur de ce cadre.

Les thérapies comportementales et les thérapies systémiques utilisent particulièrement la mise en acte. Elles partent du principe que si l'on obtient une modification du comportement, on transforme en même temps les représentations et les émotions qui l'accompagnent (en exposant le patient à une situation qu'il redoute — par exemple aller dans le métro — on lui montre que l'anxiété associée à cette situation et sa représentation comme dangereuse peuvent être modifiées).

Cet inventaire, sans être exhaustif, a voulu mettre en relief certains mécanismes transversaux générateurs de changements dans le déroulement du processus thérapeutique.

Ils sont certainement tous impliqués dans ce processus ; mais chaque démarche a tendance à en privilégier un seul :

- les thérapies d'inspiration psychanalytique mettent au premier plan la prise de conscience provoquée par l'interprétation ;
- les thérapies humanistes, l'expression spontanée et l'écoute empathique ;
- les thérapies émotionnelles, l'abréaction ;
- les thérapies comportementales, la mise en acte...

La capacité à utiliser l'ensemble de ces moteurs donne à l'évidence au thérapeute un plus grand registre d'intervention et une plus grande efficacité.

POUR QUELS RÉSULTATS ?

Quels résultats peut-on attendre d'une psychothérapie réussie ? On peut répondre par un paradoxe que Freud a été l'un des premiers à pointer : le patient a changé tout en restant le même :

« Le nerveux guéri est en effet devenu un autre homme, mais au fond, et cela va sans dire, il est resté le même, c'est-à-dire qu'il est devenu ce qu'il aurait pu être, indépendamment du traitement, dans les conditions les plus favorables. » (Freud, 1915, p. 412)

C'est dire que les changements ne touchent pas les structures les plus profondes de la personnalité. Le crapaud ne devient pas prince charmant, comme peut le rêver le patient. C'est le fonctionnement de la personnalité qui est devenu meilleur. Chacun d'entre nous, quel que soit son degré d'équilibre ou de déséquilibre, connaît des moments où il se sent bien (où la vie lui semble agréable, où ses relations avec autrui sont satisfaisantes) et d'autres où c'est tout le contraire. On pourrait dire que la thérapie permet d'augmenter les premiers et tend à réduire les seconds. C'est ce que veut dire Freud en parlant des « conditions les plus favorables ».

Cet objectif peut sembler relativement modeste. Il est simplement réaliste. Là aussi, on peut invoquer le témoignage de Freud qui, vers la fin de sa vie, indiquait les limites du traitement analytique :

« Le but ne doit pas être d'édulcorer toutes les réactions caractéristiques au profit d'un schématique état normal, ni d'exiger que le sujet "analysé à fond" ne ressente plus aucune passion et ne voit plus se développer en lui de conflits intérieurs. L'analyse doit établir, pour les fonctions du moi, des conditions psychologiques favorables. Ce but atteint, sa tâche est accomplie. » (Freud, 1937)

Ces remarques peuvent aussi bien s'appliquer aux autres démarches.

Si l'on souhaite cerner de façon plus concrète le type de changement que peut induire une psychothérapie, on peut dire qu'il touche à trois relations : relation du sujet à lui-même, à autrui et à son existence.

Devenir ce que je suis, être ce que je deviens

C'est Carl Rogers qui assignait comme but essentiel à la thérapie le précepte philosophique « Deviens ce que tu es ». Ce précepte nous enjoint d'abord de nous voir et de nous accepter tels que nous sommes au lieu de poursuivre une image fallacieuse de nous-mêmes ; pour le patient, cela signifie arriver à reconnaître et à admettre des aspects de lui, des sentiments, des tendances qu'il rejetait auparavant (par culpabilité, par honte ou par peur) ; et à se dégager des « fausses motivations » (Diel, 1996). Il implique aussi une meilleure perception de soi, de ses capacités, de ses objectifs : le patient peut renoncer à une image idéale inatteignable et tyrannique. Il acquiert ainsi une vision plus juste de lui-même qui augmente sa confiance en lui et l'amène à moins se déprécier. Il accède ainsi à un sentiment de soi plus positif et à une meilleure évaluation et compréhension de ce qu'il est.

« Deviens ce que tu es » n'entraîne pas cependant une conception fixiste. Comme le remarque très justement Carl Rogers, « c'est au moment où je m'accepte tel que je suis que je deviens capable de changer ». En effet, si les mécanismes névrotiques m'aliènent à moi-même, font que je suis coupé de mon être profond, ils me figent aussi dans la répétition et m'empêchent d'évoluer. En étant plus moi-même, je retrouve mes potentialités de développement, mes capacités créatrices, la possibilité de vivre le présent mais aussi de me projeter vers l'avenir (cf. le chapitre 7). Non seulement j'ai changé mais l'aptitude au changement fait maintenant partie de moi-même. J'accueille en moi le flux de la vie, la transformation des êtres, la fluidité des sentiments et des relations : *je suis ce que je deviens*.

Ainsi le thérapeute se fait en quelque sorte l'accoucheur de l'être en devenir, comme l'illustre ce témoignage de Nicole :

« L’empreinte peut-être la plus vitalisante laissée en moi par Lucie [sa thérapeute] est celle de son regard de foi : foi tranquille, solide, joyeuse, en mes richesses personnelles, enfouies, entravées, atrophiées. Lucie me voyait là même où je m’ignorais, par-delà mes paraître, mes fonctionnements de défense, de protection. Pour consentir à m’ouvrir peu à peu, consentir à me sentir et à sentir la relation, il m’a fallu vérifier, longtemps, l’authenticité de son regard d’émerveillement, de ce regard présent, heureux de ma vie, et pour ma vie. » (Langlois-Meurinne N., 2003, p. 103)

Au début de sa thérapie, LAURENT oscillait constamment entre un profond sentiment d’échec et de dévalorisation et une vision exaltée de lui-même. Cet antagonisme était particulièrement marqué dans sa vie professionnelle ; dans l’entreprise où il travaillait, il avait gravi un à un les échelons de la hiérarchie et se voyait facilement comme le plus compétent ; mais n’ayant pas de diplômes, il se sentait inférieur et méprisé par ceux qui en avaient. Il aurait eu la possibilité d’accéder à un poste de direction mais la peur de ne pas être à la hauteur l’en empêchait. Il préférerait rester dans une position de second où il pouvait se plaindre que ses qualités n’étaient pas reconnues et remettre en cause ses supérieurs hiérarchiques. À 45 ans, il était déçu de lui-même et des autres, désinvestissait son travail, rêvait d’en changer sans rien faire pour y parvenir. La psychothérapie lui a permis de reconnaître sa part de responsabilité dans sa situation ; elle lui a montré son ambivalence à l’égard du pouvoir balançant entre la soumission, l’envie et la révolte, à l’image de ce qu’avaient été ses relations à son père. Il a pris conscience que c’étaient moins les autres qui faisaient obstacle à sa promotion que sa propre peur des responsabilités. Du coup, sa situation lui est apparue de façon moins négative ; il a pu se dire que, finalement, sa place lui convenait, qu’elle correspondait bien à ce qu’il était et ainsi retrouver de l’intérêt à son travail. Il a fait le choix aussi de dégager du temps libre pour le consacrer à un vieux rêve de jeunesse qu’il n’avait jamais réalisé : écrire.

S’ouvrir aux autres

Certains patients redoutent que la psychothérapie ne les rende « égoïstes », trop centrés sur eux-mêmes. C’est tout le contraire. L’ouverture à soi favorise l’ouverture aux autres. C’est en s’acceptant et en s’aimant que l’on peut accepter et aimer les autres. Se sentir et s’accepter soi-même face à autrui rend inutiles les défenses, les projections et les « jeux » qui brouillent la relation ; cela permet des rapports plus directs, plus authentiques et plus intimes. Le regard d’autrui semble moins pesant ; il devient donc moins important de séduire, de se défendre ou de masquer sa vraie personnalité. La relation amoureuse est moins infiltrée de narcissisme, de besoin de reconnaissance, de possessivité et d’idéalisation ; elle se révèle ainsi plus riche et plus satisfaisante.

SYLVIE a souhaité faire une psychothérapie parce que ses rapports avec les hommes sont difficiles et la laissent insatisfaite. Vive et jolie, elle ne manque

pas de relations masculines. Elle attend de ses partenaires qu'ils soient virils, forts, protecteurs et choisit donc des hommes plutôt « machos ». Mais, manquant de confiance en elle, pensant qu'elle n'est pas intéressante (car pas très intellectuelle), elle se sent vite « écrasée ». Elle entre alors facilement dans une relation de pouvoir où elle devient exigeante et agressive, avec l'angoisse que son attitude ne provoque finalement une rupture. Ce mécanisme tend à s'emballer sans qu'elle puisse le contrôler et elle finit par provoquer ce qu'elle redoute.

Le travail thérapeutique a porté surtout sur l'image négative qu'elle avait d'elle, liée à une représentation dévalorisée de la féminité (marquée par le manque) et à une idéalisation, mêlée d'envie, de la masculinité. Ce travail lui a procuré une meilleure estime d'elle-même, des attentes moins contradictoires à l'égard des hommes et, à partir de là, une relation amoureuse plus stable et plus confiante.

Vouloir sa vie

Winnicott disait avec justesse : « L'absence de maladie est peut-être la santé mais ce n'est pas la vie. » Le changement thérapeutique ne tend pas seulement à supprimer les symptômes gênants, à soulager la souffrance, à diminuer les réactions pathologiques. Il vise aussi à donner au patient la possibilité de se sentir plus vivant, de mener une existence plus riche, plus heureuse. Beaucoup de patients ont le sentiment que leur vie leur échappe, qu'ils ne font que la subir ou survivre. Avoir une impression de choix et de maîtrise accrus sur son existence, avoir des projets, « vouloir sa vie¹ » peuvent être alors le résultat d'une thérapie réussie. Cela se traduit par un sentiment de liberté et de responsabilité, par l'engagement dans des activités qui sont sources de plaisir, par la sensation que la vie vaut la peine d'être vécue.

Lorsque JACQUES a entamé une psychothérapie, ses motivations n'étaient pas très claires, ni pour lui, ni pour le thérapeute. Il ne se plaignait de rien de précis. Sa vie familiale était sans histoires entre une femme qu'il aimait (même si la relation était un peu tiède), une fille et un fils qui ne posaient guère de problèmes. Cadre commercial dans une entreprise, il était apprécié de ses collègues et satisfait de son travail. Sympathique, jovial, il donnait l'impression d'avoir une quarantaine épanouie. Ce qui frappa d'emblée le thérapeute, c'était un discours de « bon ton », un peu terne, sans aspérités et sans grande émotion. Il a fallu un certain temps pour qu'émerge un sentiment vaguement dépressif et que Jacques arrive à formuler ce qui l'inquiétait : c'était une impression générale de « grisaille », que sa vie était « sur des rails », que plus rien ne pouvait lui arriver, qu'il n'avait plus qu'à rouler jusqu'au bout. Dans la relation thérapeutique, il manifestait beaucoup de gentillesse, de docilité, de souci de bien faire qui révélèrent progressivement une forte passivité. Peu à peu, il découvrit qu'il s'était toujours laissé conduire par les autres et les événements.

1. Selon le titre d'un ouvrage de Masquelier consacré à la gestalt-thérapie (Paris, Retz, 1999).

C'est son père qui avait décidé de ses études et de son orientation professionnelle ; c'est son entreprise qui l'avait recruté à la fin de ses études ; c'est sa femme qui l'avait choisi. Il s'était laissé vivre sans remettre en cause les orientations qui lui avaient été offertes. Cette prise de conscience se fit avec surprise et désagrément ; l'image lisse qu'il présentait lui apparut comme un masque ; elle ne lui convenait plus, se fissurait. Il commença à ruer dans les brancards, à se rebeller contre le thérapeute et contre ses parents à l'affection étouffante. Il eut une aventure avec une collègue, ce qui secoua fortement son couple (sa femme téléphona même au thérapeute pour lui exprimer sa réserve quant aux effets bénéfiques de la thérapie de son mari).

Aujourd'hui sa vie lui semble plus mouvementée, plus colorée, sinon plus facile ; il ne veut plus qu'on lui dicte sa conduite. Il ne veut plus « s'emmerder et se laisser emmerder ». Il pense qu'il a toute la vie devant lui.

La fin de la thérapie

Il est souhaitable que la fin de la thérapie soit décidée d'un commun accord. La règle veut, en tout cas, que le patient fasse part de son désir d'arrêter à son thérapeute et en discute avec lui pendant au moins une séance ou deux. Cette règle tend à éviter les décisions impulsives qui expriment souvent une résistance ou une angoisse devant ce que fait émerger le travail thérapeutique.

Lorsqu'elle est jugée pertinente par les deux protagonistes, la fin signifie souvent que le patient se sent suffisamment autonome et assuré pour poursuivre son chemin tout seul et que le thérapeute a le sentiment qu'il le laisse sur la bonne route. C'est comme la décision des enfants, quand ils se sentent suffisamment grands, de quitter le foyer familial pour prendre leur envol.

Cette fin peut revêtir plusieurs formes. Elle a pu être programmée dans certains cas en raison de circonstances particulières, par décision mutuelle ou parce qu'il s'agit d'une thérapie brève.

Elle peut se faire par un espacement progressif des séances ou par un arrêt après une dernière séance prévue comme telle. Souvent le thérapeute donne la possibilité au patient de le recontacter, s'il en éprouve le besoin, pour quelques séances ponctuelles ou pour une reprise si la nécessité s'en fait sentir.

Il est important que le thérapeute sache laisser partir ses patients lorsque ceux-ci pensent que c'est opportun, même s'il a des doutes sur cette opportunité. Il est un peu le parent qui encourage l'autonomie de son enfant, même s'il redoute pour lui les embûches d'une vie indépendante. Il faut voir, dans ce sens, que l'idéal du thérapeute ne correspond pas forcément à celui du patient.

Lorsqu'elle a décidé d'entamer une psychothérapie, JESSY présentait un tableau inquiétant. À vingt-quatre ans, ayant grandi dans les banlieues, elle était tentée par la délinquance. Alcool, drogues, promiscuité sexuelle, violence constituaient sa vie quotidienne. Mais des aventures un peu plus dures que les autres lui avaient fait toucher le fond de la détresse et la peur de l'effondrement. Un réflexe de survie et le conseil d'une amie l'ont conduite en thérapie. Les débuts ont été difficiles car Jessy s'accrochait à sa marginalité, n'ayant que mépris pour un mode de vie plus rangé. Mais sa volonté de s'en sortir et sa ténacité étaient fortes et peu à peu avec le soutien du thérapeute en qui elle avait confiance, elle put se détacher de son ancien mode de vie. Elle suivit une formation, trouva du travail, fréquenta un nouveau milieu. Au bout d'environ deux années, pendant lesquelles elle suivit assidûment ses séances, elle fit part au thérapeute de son souhait d'arrêter. Le chemin parcouru était important, les changements considérables ; mais celui-ci avait néanmoins l'impression que beaucoup de choses restaient à travailler et que cette décision était prématurée. Il fit cependant confiance à Jessy et lui souhaita bonne chance. Peu après, elle lui annonça qu'elle avait rencontré le grand amour ; puis, quelques mois plus tard, qu'elle avait créé avec son copain une petite société dans le domaine musical. Régulièrement, elle le tint au courant de ses succès professionnels, de la naissance de ses enfants, des événements de sa vie. Il ne fut jamais tenté de penser qu'il avait eu tort d'acquiescer à sa décision.

PARTIE 4

MODALITÉS

DANS LES chapitres précédents, nous avons pu évoquer la diversité des dispositifs et des pratiques thérapeutiques, mais nous nous sommes centrés essentiellement sur la situation de thérapie individuelle.

Nous allons aborder dans cette dernière partie d'autres modalités tout aussi importantes aujourd'hui.

Certaines correspondent à une population particulière, comme les enfants et les adolescents. Elles impliquent des formes de travail spécifiques, différentes sur plusieurs points de celles qui interviennent pour les patients adultes (chap. 14).

D'autres ont pour particularité de s'adresser soit au couple (chap. 15), soit à la famille (chap. 16). On montrera, là encore, qu'il ne s'agit pas de simples variantes d'une démarche standard mais de dispositifs et de pratiques qui ont leurs caractéristiques et leurs méthodologies propres.

Enfin, nous aborderons la modalité, très riche, des pratiques groupales. C'est une des innovations les plus fécondes de ces dernières décennies ; elle apporte aux thérapeutes et aux patients un instrument particulièrement efficace qui peut d'ailleurs être complémentaire de la démarche individuelle (chap. 17).

Bien sûr, ce choix n'épuise pas la diversité des modalités utilisées actuellement. On aurait pu traiter aussi des thérapies qui utilisent des médiations comme la musique, la danse, les arts plastiques. Ou bien

celles qui intéressent certaines catégories de pathologie, comme les toxicomanies, les troubles alimentaires, les violences. Ou encore celles qui s'adressent aux victimes de certaines situations particulières : accidents, attentats terroristes, catastrophes naturelles...

Toutes ces démarches témoignent de la diversification croissante et de la très grande richesse de la psychothérapie dont nous ne pouvons présenter ici que les modalités les plus fondamentales.

Chapitre 14

PSYCHOTHÉRAPIES DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT

par Christian Dubart¹

LES PSYCHOTHÉRAPIES D'ENFANTS

La première expérience publiée de psychothérapie concernant un enfant l'a été par Sigmund Freud avec le petit Hans. Ce travail de thérapie d'un jeune enfant s'est effectué sous une forme particulière, très proche d'une technique analytique basée sur l'association verbale et sur l'interprétation des dessins.

Mais Freud pensait à l'époque que le père était la personne la plus légitime pour entreprendre l'analyse de son enfant. Il analysera d'ailleurs lui-même sa propre fille Anna. L'originalité de la psychothérapie de Hans consistait à orienter et à conseiller le père, afin que celui-ci agisse dans le quotidien de son fils.

Suite à cette première expérience, dès 1912, Hermine Hug-Hellmuth a mis en évidence l'importance du jeu de l'enfant dans son article « De la véritable essence de l'âme enfantine ». Elle adoptera une attitude inverse de celle de Freud, en considérant qu'il est impossible d'analyser son propre enfant. Ce sont les travaux d'Anna Freud et de Mélanie Klein qui représenteront les deux courants psychanalytiques majeurs de la psychanalyse d'enfants.

1. Psychomotricien et psychothérapeute.

En France, Sophie Morgenstein, venant du groupe de Vienne, fut la première à introduire la pratique de la psychanalyse avec des enfants. Les travaux de Winnicott ont eu une place déterminante dans ce domaine et ont mis l'accent sur le rôle central de la mère et sur les interactions précoces.

De nombreux psychanalystes ont fait évoluer ces pratiques, notamment en France, Françoise Dolto, René Diatkine et Serge Lebovici, qui ont laissé beaucoup d'ouvrages de références, aussi bien théoriques que cliniques.

Un des premiers apports de Françoise Dolto fut de reconnaître l'enfant dès son plus jeune âge comme un sujet dont les comportements non verbaux ont du sens. Faciliter pour l'enfant la possibilité de grandir, c'est l'aider à se séparer d'un monde pour s'ouvrir à un autre monde. Chaque « castration » vécue est une sorte d'épreuve dont l'enfant sort grandi et humanisé.

Serge Lebovici et René Diatkine, psychiatres et psychanalystes, ont permis à la psychanalyse de l'enfant d'avoir une place reconnue. Ils ont insisté sur des modifications nécessaires de la cure classique, afin de donner à ces pratiques ses supports théoriques et conceptuels conduisant à une clinique spécifique. Ils ont publié avec d'autres collaborateurs le *Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent* (1985) qui reste un ouvrage de référence dans le champ des psychothérapies de l'enfant.

Même si à l'origine ces thérapies s'inspirent surtout de la psychanalyse, ce nouveau regard a nécessité une remise en cause de la cure type et du même coup a fait évoluer les approches psychothérapiques dans leur ensemble.

Nous nous proposons d'aborder la pratique de la psychothérapie de l'enfant à partir d'une expérience clinique.

Le mal-être de l'enfant

Lorsque KÉVIN est venu avec ses parents il était alors âgé de cinq ans et demi. Opposition, hyperactivité et agressivité étaient les symptômes présentés et suffisamment importants pour provoquer une exclusion de l'école maternelle pour violences sur d'autres enfants.

Un enfant n'a pas la capacité d'élaboration nécessaire pour exprimer par le seul canal verbal sa souffrance psychique, voire même physique. S'il est très jeune, il n'a pas d'autres moyens de les transmettre à autrui que par des cris, des pleurs, des attitudes corporelles particulières ou par une symptomatologie d'ordre psychosomatique. C'est à son environnement de repérer ces manifestations et de donner du sens aux expressions de son mal-être.

C'est par l'expression du symptôme qu'il va envoyer des messages pour attirer l'attention de son entourage, sans qu'il en soit véritablement conscient.

Les symptômes de l'enfant sont souvent d'ordre psychocorporel (eczéma, asthme, anorexie, énurésie, encoprésie...), mais peuvent aussi prendre des formes diverses comme les troubles du comportement, l'hyperactivité, l'inhibition, qui concourent souvent à l'échec scolaire.

Tous ces appels inconscients de l'enfant ne sont pas toujours entendus par l'entourage et la plupart des demandes de psychothérapies se font par le biais d'un tiers (école, crèche, médecin de famille...).

Les parents de KÉVIN ne comprenaient pas la situation et ne savaient plus comment faire avec lui. La seule explication donnée par la mère reposait sur la séparation entre elle et son fils au moment de l'entrée à l'école maternelle et à l'arrivée d'un petit frère quelques mois après, ce qui en effet constituait une intuition intéressante bien qu'insuffisante.

Kévin présentait des angoisses importantes et il n'arrivait pas à communiquer autrement que par des mouvements pulsionnels qu'il ne pouvait contrôler. La mère de Kévin s'étonnait par exemple que son fils agresse une petite fille dont il était amoureux. Deux questions se sont alors posées :

- comment établir une relation thérapeutique avec cet enfant ?
- quels étaient les conflits sous-jacents à la symptomatologie présentée ?

Dès le début de la thérapie, Kévin a pu choisir, parmi toutes les possibilités qui lui étaient offertes, le jeu de rôle comme médiation, non comme un véritable jeu mais comme un moyen d'expression de ses fantasmes remplis de scènes mortifères où le thérapeute représentait une cible en tenant le rôle d'un « méchant ».

L'observation des enfants en début de thérapie montre que très souvent et de manière spontanée, ils choisissent une activité qu'ils préfèrent, et sur laquelle le thérapeute va s'appuyer pour entrer en relation avec son patient.

Il est fréquent dans les thérapies d'enfants que le petit patient fasse vivre au thérapeute ce qu'il craint pour lui-même.

Les angoisses

Lorsque l'enfant laisse libre cours à ses fantasmes, ses jeux spontanés sont peuplés d'animaux féroces, de monstres sauvages, de fantômes et de sorcières cruelles. Comme le dit Mélanie Klein :

« Nous en arrivons à considérer la peur de l'enfant d'être dévoré, déchi-
queté, mis en pièces, ou sa terreur d'être entouré et poursuivi par des êtres
menaçants, comme une composante régulière de sa vie mentale. » (Klein,
1932)

Mélanie Klein précisait aussi l'origine de cette terreur :

« Les identités dissimulées derrière ces êtres imaginaires et terrifiants sont les parents même de l'enfant, et ces formes effrayantes reflètent d'une manière ou d'une autre les traits du père ou de la mère, quelque déformée et fantastique que la ressemblance puisse être... » (*id.*)

C'est ce qu'avait déjà montré la thérapie du petit Hans.

Le niveau de développement tant physique que psychologique dans lequel se trouve l'enfant, l'incidence d'événements traumatisants et leurs résolutions, le degré de violence dont il a été victime, influent sur l'intensité de sa peur d'être mis à mal ou d'être tué.

L'état de fragilité dans lequel se trouve un jeune enfant induit chez lui une perception rapide de sa vulnérabilité et de sa dépendance aux parents. Par ailleurs l'enfant a une capacité limitée d'adaptation à la violence et aux sentiments violents, qu'ils soient dirigés contre lui ou qu'il en soit simplement le témoin.

Le cadre

Il était important de fixer un cadre thérapeutique bien défini car KÉVIN avait souvent tendance à ne pas respecter ce cadre. Par sa violence physique et par le non-respect du temps de jeu, seul moment où il était possible de « faire semblant », il était dans des passages à l'acte qu'il connaissait bien dans sa vie quotidienne. Ce type de comportement est théoriquement proscrit dans la séance, mais quand il se présente, il fait partie intégrante du travail psychothérapique.

Dès la première séance de jeu de rôle, Kévin armé d'une épée en plastique, a porté un véritable coup sur le thérapeute qui a immédiatement réagi en arrêtant le jeu. Cette attitude a entraîné l'enfant dans un mouvement de sidération accompagné de pleurs.

Pour cet enfant la notion de limites est à la fois structurante, rassurante mais aussi source d'opposition.

La présence de règles annoncées dès le début a une fonction contenante qui lui a permis de se repérer : l'interdiction de faire mal ou de se faire mal et de casser volontairement le matériel, mais aussi le respect des horaires et celui du temps de thérapie. Au niveau du contenu, par contre, la souplesse et l'adaptabilité ont été essentielles afin qu'il puisse se trouver dans un contexte de « liberté ».

Dans l'approche par le jeu de rôle, c'est un « rituel » qui va marquer le début du temps de jeu : « 1,2,3 on commence l'histoire » et à partir de là tout est possible tant que l'aspect ludique est prépondérant. Si l'enfant sort du jeu, le thérapeute interrompt la séquence de jeu et reprend verbalement ce qui s'est passé ; ensuite l'histoire peut redémarrer. La fin est verbalisée : par exemple « on arrête l'histoire » afin de proposer à l'enfant des repères et de pouvoir différencier le « jeu » du « non-jeu ».

La confusion entre les fantasmes de Kévin et la réalité était très fréquente au cours des séances et il fallait lui rappeler sans cesse les règles définies à l'avance. Au cours de sa thérapie il est passé d'une expression crue de ses fantasmes sous une forme compulsive sans dimension ludique, à un travail sur l'imaginaire et la créativité dans une dimension de jeu.

Un des objectifs de la thérapie d'enfant est de l'aider à se distancier de ses fantasmes, (au sens où l'entend Jacques Lacan, comme une fonction défensive, un « arrêt sur image », se répétant et ne variant que très peu dans le contenu) pour lui permettre ensuite d'accéder à une dimension imaginaire qui se situe plus dans une dynamique de création et d'évolution consciente.

Dans ses dessins, KÉVIN mettait en évidence un bonhomme qui le représentait et dont la tête était séparée du corps, ce qu'il commentait en disant « il a perdu la tête ».

Dans son dessin de la famille, son petit frère était collé à sa mère, alors que son père et lui étaient de tailles plus imposantes.

Jeu et expression

Pour entrer en relation il est généralement entendu que le jeu et le dessin constituent les modes préférentiels de communication avec l'enfant.

Les premières psychothérapies d'enfant étaient une adaptation du modèle thérapeutique de l'adulte, mais très vite des auteurs comme Mélanie Klein, Anna Freud et surtout D.W. Winnicott ont mis l'accent sur l'importance de l'activité du jeu permettant l'expression fantasmatique.

Comme le souligne René Diatkine, celui qui veut procéder à la psychothérapie de l'enfant doit savoir jouer, pouvoir jouer et même aimer jouer. Concernant le dessin, là encore ce sont Anna Freud et Mélanie Klein qui ont généralisé ce procédé. Pour Mélanie Klein, en particulier, la teneur du jeu et du dessin était de la même nature que le contenu manifeste d'un rêve.

Winnicott a créé une technique d'approche de l'enfant par le dessin qu'il a intitulée « le *squiggle* » : technique utilisée dans un objectif relationnel où le thérapeute et l'enfant communiquent à travers le dessin qu'ils effectuent ensemble.

Le jeu est une activité sérieuse de l'enfant où plaisir et « gratuité » sont présents, ce qui permet la motivation et l'engouement. L'activité ludique est un des aspects les plus authentiques du comportement et le premier lieu d'expression du symptôme et de la souffrance ; l'inappétence à jouer peut être le signe avant coureur d'un simple « bobo » ou d'une pathologie plus grave. Le jeu est un moteur essentiel de l'évolution psychique.

Une autre voie de communication se situe dans le dialogue corporel. L'enfant s'exprime par son corps et le met en jeu. Il paraît difficile dans ces thérapies de faire abstraction de la dimension non verbale. Le contact

est inévitable et semble essentiel pour entrer en relation avec l'enfant et entendre ce qu'il nous dit à travers son tonus corporel.

Dans les séances, le thérapeute est sollicité à tous les niveaux. Le plus fréquemment, et de manière spontanée, l'enfant demande à être porté, touché, soutenu, cajolé, mais parfois doit être contenu, arrêté pour l'empêcher de se nuire, de nuire au thérapeute ou pour lui faire respecter le cadre. Le thérapeute doit pouvoir accepter et utiliser ce contact physique favorisant un échange, une rencontre, un dialogue encore plus complet.

Un autre élément important est le regard du thérapeute qui peut prendre différentes formes, dont une prévaut particulièrement et se résume par la demande : « Regarde. » Le jeune patient a besoin d'être vu, d'exister à travers le regard de l'autre qui lui porte de l'intérêt. Ces enfants ont pour la plupart éprouvé le manque d'une attention qui leur aurait permis de mieux se construire. Mais certaines fois au contraire, c'est un « trop » de regard qui n'a pas favorisé l'autonomisation et ce qui impose au thérapeute de se situer différemment.

Dans les psychothérapies de l'enfant, en particulier celles basées sur l'approche par le jeu spontané, se retrouvent les différents systèmes élémentaires décrits par Max Pagès (1993) :

- le registre corporel qui représente l'aspect physiologique où les appareils digestif, respiratoire, musculaire et sensoriel sont mis en action ;
- le registre émotionnel qui est le premier système d'élaboration psychique, qui se construit par étayage sur le système corporel. Il est intermédiaire entre le système corporel et le système discursif, contemporain de l'apparition de la fonction symbolique et du langage. La spécificité du registre émotionnel est de lier dans un ensemble solidaire l'affect, l'image et l'expression émotive par la posture, le tonus, le geste, la mimique et la voix ;
- le registre discursif dans lequel l'organisation mentale prévaut avec l'installation de la fonction symbolique et du langage. Dans ce système, ce niveau de pensée est beaucoup plus élaboré et les émotions se transforment en sentiments ;
- le registre socio-familial se définit comme l'ensemble des conflits et des modalités défensives, notamment idéologiques, dont l'enjeu est le statut social de la famille et de ses membres.

À cette époque, KÉVIN déversait au cours de sa thérapie un flot continu de projections agressives qui l'envahissaient. Petit à petit, cet enfant a pu sortir de ce fonctionnement afin de rentrer dans l'aspect ludique tel que le décrit Winnicott où la notion de créativité prédomine.

Pendant très longtemps, Kévin a répété des histoires centrées toujours sur le même thème : son besoin de détruire l'autre.

La répétition

Freud, lors de son observation d'un petit garçon d'un an et demi, jouant avec une bobine de fil, a insisté sur l'importance de la répétition du même jeu chez l'enfant, afin de faire passer un élément douloureux de sa vie du côté de l'agi et non plus du subi.

« Il était passif, à la merci de l'événement ; mais voici qu'en le répétant aussi déplaisant qu'il soit, comme jeu il assume un rôle actif. » (Freud, 1920)

Ainsi le jeu, pour Freud est une concession que le principe de réalité accorde au principe de plaisir sur fond de conflit entre les deux principes.

Lorsqu'un enfant se trouve dans un processus de répétition figé, le thérapeute doit l'aider peu à peu à s'en dégager. L'enfant envoie toujours le même message et c'est au psychothérapeute de l'accepter et de le décoder afin de pouvoir passer à une étape ultérieure. Il est donc important de voir la répétition soit comme un besoin pour l'enfant de la vivre afin de la dépasser soit comme un message qu'il envoie mais que le thérapeute ne comprend pas d'emblée. Dans les deux cas il ne faut surtout pas considérer ce phénomène de répétition comme une déficience de l'enfant.

Pour passer d'un jeu à l'autre, l'enfant doit découvrir les règles de la symbolisation en y accédant lui-même.

À travers la mort jouée et symbolique que KÉVIN infligeait à son thérapeute, l'hypothèse d'un ressenti inconscient de la mort pouvait être envisagée, mais à cette époque rien ne permettait d'y trouver une origine. C'est par le biais des entretiens avec les parents qu'un sens a pu être envisagé.

Une autre particularité de la psychothérapie de l'enfant est le travail conjoint avec les parents.

La participation des parents

C'est un sujet qui a suscité beaucoup de controverses, avec des positions extrêmes allant d'une implication importante des parents dans le processus de la psychothérapie, à leur mise à l'écart totale. L'attitude la plus juste semble être une participation adaptée selon l'enfant, son âge, sa pathologie et le dispositif thérapeutique.

Au fur et à mesure des rencontres, les parents de KÉVIN se sont impliqués dans la thérapie de leur fils mais ont aussi pu parler d'eux et de leurs histoires respectives.

La mère s'est posé des questions sur la période où son fils a été hospitalisé alors qu'il était âgé de quelques mois. Avait-elle été suffisamment présente ? Au moment où elle accouchait de son deuxième enfant, elle

avait confié Kévin à des membres de la famille qui à cette époque lui avaient transmis des propos inquiétants. Il était complètement perdu et se sentait abandonné.

Le père se présente comme un homme physiquement et psychologiquement très affecté par la mort de son frère cadet à qui il avait vendu sa voiture et qui est décédé dans celle-ci lors d'un accident. Il souligne qu'il considérerait son frère comme « son propre fils ». Il dit être encore très touché par ce décès (sept ans après) et que seul son travail a pu le sortir d'une dépression massive, marquée d'une grande culpabilité. D'autre part, il signale que son fils ressemble terriblement à son frère ; cette comparaison existe aussi chez ses propres parents. Durant un entretien, il fera un lapsus en parlant de son fils en empruntant le nom de son frère.

Par rapport à la mort de l'oncle de Kévin, la mère apporte un élément important : la mort du frère de son mari a eu lieu un an avant la naissance de Kévin. Or Kévin était persuadé que cette disparition s'était déroulée un an après sa naissance. Elle signale aussi que le deuxième prénom de Kévin est celui de cet oncle et que pendant les premiers mois de sa vie Kévin a été très souvent confié aux grands-parents paternels qui l'ont « utilisé » pour soulager leur chagrin. Elle confirme que son mari a été considérablement bouleversé par ce décès et qu'il ne s'en serait toujours pas remis.

Le père se décrit comme quelqu'un qui a été souvent confronté à la mort : cancer apparu avant tous ces événements, idées suicidaires et mort de son frère. Il pense que son fils aîné porte la culpabilité de cette mort afin de le protéger.

Dans les séances avec Kévin, le fait d'évoquer cet événement le bouleversait profondément. C'était le seul élément qui pouvait le faire sombrer dans un état dépressif et le sortait de son habituelle toute-puissance.

Pensée magique et toute-puissance

Un aspect important de la personnalité de l'enfant se situe dans son mode de pensée. C'est un système de « pensée magique », et ce terme reflète bien l'impression que les enfants ont de leurs pensées, leurs désirs et leurs sentiments, tous dotés d'un pouvoir mystérieux.

L'enfant a l'impression tout bébé d'avoir eu la faculté de diriger, sans l'aide de la parole, l'activité des adultes qui l'entouraient. L'illusion de ce pouvoir « magique » se dissipe petit à petit naturellement au contact de la réalité, à l'occasion d'expériences qui permettent la mise en place de limites. L'enfant peut alors s'en sortir sans dommage à condition que son monde reste relativement stable, à l'abri d'événements traumatisants et de frustrations excessives.

Son sentiment d'omnipotence risque d'être renforcé par une incapacité de l'adulte à marquer les limites ou par un degré de répression trop intense ou encore par un déséquilibre des relations familiales.

Le premier travail thérapeutique consistera donc à renforcer le moi de l'enfant pour qu'il soit capable d'affronter le traumatisme, qui à son insu perturbait sa vie mais aussi afin de lui permettre de se dégager de la pensée magique.

Au cours de la psychothérapie de KÉVIN, la notion de passage par l'acte, tel qu'en parle Roussillon (1991b), a permis une ouverture du côté de la symbolisation : la dimension symbolique du geste, lorsque Kevin utilisait une épée représentait toute son agressivité, sa violence, mais aussi sa peur d'être mis en danger par le thérapeute. Parallèlement, la rétention de son mouvement a été un des premiers éléments marquants la distance entre le « faire semblant » contenu dans l'imaginaire et le fantasme.

Le passage par l'acte comme accès à la symbolisation

Il semble important de revenir sur une conception de la symbolisation qui était très prégnante il y a quelques années et qui peut l'être encore dans certains milieux psychanalytiques, à savoir une sorte d'opposition implicite entre l'acte, la motricité, et la symbolisation.

L'idée courante était la suivante : l'acte est une décharge qui vise à court-circuiter un contenu psychique, qui évite au sujet de se confronter à un conflit et qui lui permet de fuir un travail psychique. Ceci rappelle bien évidemment une théorie de la symbolisation dans la cure psychanalytique qui tend à suspendre toute motricité et toute perception, afin de provoquer un travail de représentation interne.

Dans cette optique, on confère à l'acte une valeur négative. Ce serait au nom du principe de plaisir que les individus auraient recours à l'acte, alors que le langage verbal lui, permettrait la symbolisation.

Raisonnement de cette façon, c'est accorder à l'appareil psychique une capacité d'élaboration efficace, débouchant sur une symbolisation immédiate, sans passer par l'acte.

Or la pratique auprès des enfants, mais aussi comme le constate R. Roussillon auprès « de personnes qui ont des défauts de symbolisation » amène à constater que ces sujets utilisent l'acte, ou des équivalents, par nécessité. Leur langage devient un système d'action où ils ne peuvent s'empêcher d'agir et de bouger.

Il est important, à partir de cette constatation, de s'apercevoir que S. Freud a émis une deuxième théorie de la symbolisation. Elle se trouve résumée dans la phrase qui termine l'ouvrage *Totem et Tabou* : « Au commencement était l'action. »

Cet aspect est resté en friche et peu d'auteurs l'ont exploité. Quand les conditions de formation de la « symbolisation primaire » passent au premier plan, il est intéressant comme le dit R. Roussillon « de reprendre la théorie des commencements de la symbolisation, c'est-à-dire d'essayer d'extraire de la pensée freudienne, une théorie de la symbolisation en acte, par l'acte, en passant par l'acte, et non pas en retenant ni en suspendant celui-ci ».

Il est nécessaire que les événements soient suffisamment agis, mis en acte et représentés en acte pour pouvoir par la suite se suspendre et se resymboliser autrement.

Une distinction se met ainsi en place entre ce qu'on appelle « le passage à l'acte », qui serait un mouvement pour se soustraire à la

symbolisation et « le passage par l'acte » qui permettrait au contraire à la symbolisation d'avoir lieu.

Dans la psychothérapie des enfants le jeu paraît être l'exemple même pour illustrer le lien harmonieux entre le mouvement agi et l'accès à la symbolisation. Le jeu et sa conceptualisation prennent de l'importance à partir du moment où l'on s'intéresse aux théories des rapports de la symbolisation et de l'acte. L'enfant éprouve, vit des choses qu'il symbolise dans le jeu ; il les met en acte, il les met en jeu ; à partir de ce moment-là, le jeu peut s'intérioriser et permettre une symbolisation dans la représentation et le langage.

Sigmund Freud fut l'un des premiers à faire la connexion entre jeu et traumatisme, mais Winnicott a repris et approfondi l'idée et affirme que l'on se guérit par le jeu. La fonction du jeu est une fonction de symbolisation, mais au delà, c'est un système d'autothérapie. Winnicott (1971) a différencié le « *play* » et le « *game* » : le « *game* » est un jeu à règles et le « *play* » est un jeu plus imaginaire, mais dans lequel des formes de règles se retrouvent aussi, qui sont inventées au fur et à mesure.

C'est évidemment dans la dimension du « *play* » que se situe le travail de thérapie, où ce type de jeu porte sur les règles de la symbolisation, en les découvrant, en les mettant en scène et en les appréhendant. Le jeu et son dispositif symbolisent l'appareil psychique mais aussi les règles de son fonctionnement.

Après tout ce temps nécessaire à l'expression compulsive de ses angoisses, KÉVIN a pu accéder à un autre registre, acceptant et même demandant une complicité avec le thérapeute.

Toute cette période a permis à Kévin, par un effet cathartique, de s'apaiser car il était jusque-là incapable de verbaliser, d'élaborer psychiquement ou d'accepter des interprétations qu'il vivait comme une intrusion.

Cette complicité a donné la possibilité à Kévin de ne plus être seul et c'est en compagnie de son thérapeute qu'il s'attaquait à tous les dangers qui le menaçaient. Il pouvait même supporter d'être « blessé », signe d'une sortie progressive de son état de toute-puissance et même certaines fois il acceptait de « soigner son compagnon blessé ».

Kévin a pu accepter l'instauration d'un temps de reprise verbale en fin de séance où se faisait le résumé de l'histoire jouée, en signalant les éléments discordants, étonnants ou essentiels. Il ne pouvait rien dire mais acceptait d'entendre, ce qui était déjà une avancée dans sa psychothérapie.

Dans l'histoire, les personnages choisis furent de plus en plus proches de sa réalité. Il put jouer par exemple le rôle de son frère, personnage qui a été aimé et gâté par ses parents qui lui ont offert toutes les « armes » efficaces pour affronter les menaces. Il donne aussi au thérapeute son propre rôle, celui d'un enfant lâché par ses parents. Au cours de la séance ils s'aperçoivent qu'ils sont frères et qu'ils ont les mêmes parents. Alors, malgré leur rivalité, ils décident de s'allier pour les défendre.

Le personnage de l'oncle apparaît aussi dans le jeu de rôle et, systématiquement, il maltraite toute la famille.

À chaque fois que Kévin s'engage dans l'histoire par une attitude combative, il donne un sens à ce qu'il fait. Il a besoin maintenant d'être dans son bon droit et le justifie à travers une explication. Durant le jeu de rôle, certaines confusions étaient pointées par le thérapeute, mais Kévin qui se repérait mieux entre la réalité et l'imaginaire, intervenait en disant : « Mais on a le droit, c'est de l'imagination. »

Progressivement Kévin laisse apparaître une plus grande ouverture émotionnelle et les séances prennent une dimension affective plus marquée. De nouveaux éléments de sa personnalité sont mis en avant : son besoin de surveiller les autres, sa nécessité d'être au courant de tout ce qui se dit et l'importance manifeste que les autres aient besoin de lui.

Ce comportement s'explique probablement par le peu de confiance qu'il ressentait pour son entourage et cet état de vigilance lui permettait de parer à tout danger éventuel.

Les histoires proposées sont beaucoup plus riches et détaillées : des personnages nouveaux apparaissent qui correspondent mieux à un enfant de son âge : pirates, rois, reines, cow-boys... Kévin peut aussi accepter de se mettre à distance et passer du statut d'acteur à celui de metteur en scène.

Des thèmes tournant autour de la séduction et de la sexualité apparaissent plus souvent. Visiblement Kévin devient de plus en plus créatif et sort progressivement de son enfermement.

Plus la thérapie avance, plus Kévin se livre : ainsi un jour, il se décrit comme un « mort vivant », ne trouvant pas vraiment sa place et son identité. Kévin parle plus précisément de la mort de son oncle. Sa capacité de verbalisation s'accroît et son discours se remplit d'authenticité mais aussi de culpabilité. Le fait de protéger son père est un élément que Kévin exprime plus clairement et plus fréquemment.

Kévin présentait deux types d'identité : l'une se situant plus du côté de la vie et c'est là qu'il déversait toute son agressivité. Protecteur de ses parents, il était vigilant à toute forme de danger mais il n'avait pas de place vraiment reconnue. L'autre se situant plus du côté de la mort, existant par l'identification induite à son oncle et c'est à travers celle-ci qu'il avait une place reconnue. Cette dualité se retrouve lorsqu'il parle de lui comme d'un « mort vivant ».

Kévin, sans en avoir vraiment conscience, a été mis et a pris une place qui n'était pas la sienne ; il s'est rendu coupable de la mort de son oncle (mort qui se situait un an avant sa naissance), afin de protéger son père de cette culpabilité et peut-être aussi afin de contrecarrer les idées suicidaires de ce dernier.

Dans cette famille, du côté des hommes, une certaine confusion de désirs inconscients de mort était venue se mettre en place, surtout à partir de la naissance du petit frère qui a fait réapparaître le traumatisme :

- désir inconscient de mort du père sur son propre frère ;
- désir inconscient de mort du père sur Kévin (violentes colères, disputes fréquentes) ;
- désir inconscient de mort de Kévin sur son père (situation œdipienne) ;
- désir inconscient de mort de Kévin sur son frère (rivalité fraternelle).

Les désirs inconscients des uns vis-à-vis des autres ont fait obstacle aux possibilités d'échanges. Un télescopage de tous ces phénomènes inconscients a entraîné une grande confusion et l'évolution n'a pu apparaître que progressivement en dénouant un à un les nœuds de ce roman familial.

Un des éléments moteurs de cette psychothérapie repose sur la dimension du transfert et du contre-transfert.

Le transfert et le contre-transfert

Malgré de nombreuses controverses concernant l'installation d'un transfert dans les psychothérapies de l'enfant, il semble qu'actuellement les désaccords soient dépassés. Des éclaircissements, notamment apportés par Serge Lebovici (1980, p. 733-857) dans sa différenciation de la névrose de l'enfant, de la névrose infantile et de la névrose de transfert, permettent d'aller plus avant dans l'exploration de ces mécanismes. Il estime que la névrose de l'enfant est une réalité clinique s'exprimant par des symptômes névrotiques qui se distinguent de la névrose infantile, qu'il considère comme : « le résidu de la naissance des mécanismes du moi. »

La névrose de transfert est le modèle qui donne du sens aux transferts et aux manifestations névrotiques du transfert. Elle trouve son origine dans la névrose infantile qu'elle permet de reconstituer. Elle est différente des manifestations névrotiques apparaissant pendant l'enfance. De ce fait, la névrose de transfert est un des effets de l'après coup, organisant les conséquences de la névrose infantile et lui donnant une valeur prédictive.

Le transfert est présent chez l'enfant comme chez l'adulte, bien qu'il diffère dans sa nature ou dans sa signification. Pour l'enfant, c'est un phénomène relationnel beaucoup plus spontané et ordinaire ; pour les adultes, c'est un mode relationnel métaphorique qui se déploie au travers d'une expérience plus ou moins longue.

Dans les psychothérapies d'enfants, l'aspect contre-transférentiel est très sollicité. En effet, au cours des thérapies, le thérapeute est impliqué aussi bien corporellement, émotionnellement que psychiquement.

Le thérapeute est face à la toute-puissance de l'enfant, à son agressivité, voire sa violence, à sa dépression, son rejet, ses répétitions, ses difficultés à s'exprimer verbalement ou à ses demandes qui ne correspondent pas forcément à ses propres attentes. Si le thérapeute se réfère à un principe éducatif ou moral, la liberté d'expression du patient n'est pas favorisée car celui-ci se sent jugé et non compris.

Les thérapies d'enfants ont la particularité de placer le thérapeute dans une situation qui peut le déstabiliser : il est à la fois replongé dans son enfance avec son vécu éducatif et affectif..., mais aussi, s'il est en même temps parent, dans un rôle qu'il vit avec plus ou moins de facilité.

La relation adulte-enfant ne peut réellement s'établir dans un cadre thérapeutique que si l'adulte est capable de se mettre à la portée de l'enfant.

La clinique montre que les troubles psychopathologiques de l'enfant ont beaucoup évolué ces derniers temps. La souffrance psychique de l'enfant prend d'autres formes. L'augmentation des troubles associés, d'expressions psychosomatiques, de symptômes limites ou réactionnels est significative d'un autre mode d'expression utilisé par les enfants « mal dans leur peau ». La compréhension et l'écoute du psychothérapeute s'en trouvent transformées, et cela amène à envisager les thérapies d'une façon plurifactorielle.

Les psychothérapies montrent que les enfants aspirent à une connaissance de leur histoire personnelle et à une relation thérapeutique constituée de véritables échanges verbaux, émotionnels et corporels.

Le thérapeute, par sa disponibilité, son adaptabilité, son attention, son empathie permet au jeune patient de se repérer, de se limiter et de se connaître.

L'histoire de Kévin a montré l'importance de la place de l'enfant dans la constellation familiale. Cette place peut se déterminer déjà avant la naissance, pendant (moment crucial du premier contact externe avec la mère) mais aussi après, en fonction d'événements intervenant dans la réalité ou bien dans la représentation que les parents se font de leur enfant et de son devenir.

Les différentes tendances

Comme nous l'avons signalé au début de ce chapitre, le courant théorique le plus fréquent dans le cadre des psychothérapies de l'enfant est la psychanalyse. Il est d'ailleurs étonnant de remarquer que très peu d'autres approches psychothérapiques se sont orientées vers ce domaine. C'est donc à l'intérieur même du cadre de la psychanalyse que des éléments se sont transformés.

Nous pensons par exemple à l'interprétation, à la neutralité bienveillante, au nombre de séances hebdomadaires, à l'implication d'un tiers (les parents)... Il est plus évident d'utiliser le terme de psychothérapie psychanalytique qui correspond mieux à ce type d'approche. Toutefois, nous pouvons rencontrer d'autres démarches en psychothérapie d'enfants tels le psychodrame, la relaxation, les différentes techniques de groupe avec ou sans médiation, la technique graphomotrice, ainsi que les psychothérapies cognitivo-comportementales.

La thérapie psychomotrice prend une place particulière dans les psychothérapies de l'enfant où l'expression corporelle, le tonus musculaire, l'image du corps, l'aspect tonico-émotionnel, entre autres, font partie intégrante de l'approche thérapeutique. Cette discipline a développé peu à peu une visée thérapeutique à la fois théorique et pratique, notamment grâce aux travaux de Suzanne Robert-Ouvray (1997) qui apportent un champ de réflexions stimulantes sur le lien entre l'intégration motrice et le développement psychique de l'enfant.

Lors de la psychothérapie d'un autre enfant, Antoine, c'est un simple échange de ballon qui a permis d'établir un lien entre son thérapeute et lui.

ANTOINE refusait toute forme de verbalisation, ainsi qu'une proximité trop grande qu'il vivait comme intrusive. Seul le jeu permettait à Antoine de supporter cette rencontre.

Pour lui, le ballon représentait le sport qu'il appréciait démesurément et qu'il ne pouvait pas pratiquer, car il était trop maladroit, perdu dans le temps et l'espace, incapable d'utiliser son corps comme il aurait aimé le faire. Il se voyait footballeur « professionnel » et se valorisait à travers des pseudo-attitudes de grand champion, alors qu'il n'arrivait même pas à frapper le ballon au bon moment, ou même à rester debout sans perdre l'équilibre.

Antoine était âgé de sept ans et présentait un aspect dépressif majeur. En l'observant on remarquait un enfant à l'allure frêle, au teint pâle, toujours au bord des larmes, avec des cheveux très fins comme un nourrisson ; il renvoyait l'image d'un petit garçon « maladif » et en manque de soin. Son hypotonie et ses chutes fréquentes faisaient penser à un enfant sans « soutien », en manque de « *holding* » et de « *handling* » comme le souligne Winnicott.

Après de longs mois de thérapie et une phase régressive qui a remis en cause la continuité de ce travail, progressivement Antoine a accepté de se rapprocher de son thérapeute. Un premier contact physique a pu se mettre en place à travers un toucher de mains qui s'est transformé en un « jeu de mains ». Cette situation a été le déclencheur d'un passage vers une autre étape de la thérapie. Antoine pouvait alors prendre le risque de s'impliquer, d'aborder des jeux plus symboliques, de s'exprimer à travers des émotions déclenchées par la diversité des activités.

L'histoire d'Antoine nous donne quelques hypothèses sur l'origine de ses difficultés. Il est né prématurément avec une cyanose importante qui a nécessité une hospitalisation pendant huit jours. Cette séparation a été un véritable traumatisme pour sa mère, car aucune élaboration psychique n'a pu se faire. Cette période d'hospitalisation n'a pris aucun sens pour elle : « Il m'ont volé mon enfant, je l'ai récupéré à la sortie. » Cette situation est restée source d'angoisse et toute la période de maternage en a été imprégnée et perturbée.

Par ailleurs, au début de la thérapie, Antoine occupait une place particulière dans sa famille : il était l'enfant d'un couple séparé, l'un et l'autre ayant recréé une nouvelle famille avec des enfants. La mère d'Antoine était très fragile, hypersensible et en difficulté face à son fils. Le père se présentait comme un homme discret et immature qui confiait son fils à ses parents lorsqu'Antoine venait chez lui.

L'histoire d'Antoine a été marquée par de nombreuses séparations qui l'ont plongé dans une dépression, dont il est sorti progressivement au cours de sa thérapie.

Cette courte vignette clinique nous montre l'importance d'un passage par l'expression du corps, pour permettre à l'enfant de se sentir dans un

climat de sécurité et dans une situation narcissisante, qui l'amènera dans un second temps à un travail plus axé sur l'expression verbale.

Comme nous l'avons vu précédemment, l'âge de l'enfant et sa pathologie ont une incidence sur l'abord psychothérapique.

- Dès la conception, une aide thérapeutique peut être apportée à l'enfant, soit par un travail d'accompagnement de la mère pendant sa grossesse, soit par une prise de contact avec le bébé dans le ventre de sa mère par le biais de l'haptonomie par exemple.

- Le très jeune enfant entre 0 et 3 ans peut bénéficier d'une forme de thérapie, où l'aspect relationnel prend une grande place. Ce travail peut se faire directement avec l'enfant en utilisant par exemple la technique du massage ou avec la mère par une thérapie mère-enfant.

- De 3 à 12 ans, nous accédons aux différentes techniques déjà décrites auparavant, qui utilisent comme médiateurs le jeu, le dessin, le modelage...

- Au-delà de 12 ans, nous nous situons dans les psychothérapies d'adolescents (ou de pré-adolescents).

LES PSYCHOTHÉRAPIES D'ADOLESCENTS

C'est depuis peu que le champ de la psychothérapie s'est ouvert à l'adolescent et en a élaboré une approche. Notamment les travaux d'Alain Braconnier et de Philippe Jeammet ont permis d'avoir une vision plus claire des particularités de cette tranche d'âge.

Ce dernier s'est intéressé à des thèmes inhérents à cette période, comme par exemple la violence¹, les troubles des conduites alimentaires², ainsi que l'aspect paradoxal que l'on retrouve fréquemment à ce moment de la vie et qu'il résume par l'idée que l'adolescent se sent menacé par ce dont il a besoin.

Cette thérapie est très difficile à mettre en place car l'adolescent, de par sa fragilité conjoncturelle, ses difficultés de repérage, ses doutes et sa dévalorisation, peut à tout moment rompre le lien. Dès le début, un problème se pose car l'adolescent ne choisit que rarement le projet de faire une psychothérapie. Même s'il est en grande difficulté ou si ses parents le perçoivent comme tel, il peut ne pas accepter l'idée de s'engager dans une telle démarche.

Là encore la réflexion sur la clinique a apporté un éclairage nouveau sur la psychothérapie : le psychothérapeute doit s'impliquer intensément dans ce travail, l'adolescent ayant besoin d'être à certains moments, voire en permanence, « porté » par l'adulte, car il supporte très mal le silence et a des difficultés à verbaliser ce qui lui arrive.

1. *Adolescence*, 1997, 2, 1-26.

2. *Revue neuropsychiatrie de l'enfance*, 1993, 5-6, 235-244.

C'est pourquoi l'interprétation est à utiliser avec prudence car elle est vécue comme trop intrusive et peut être source d'interruption du travail.

Le transfert doit être essentiellement positif afin de permettre une renarcissisation, essentielle dans cette pratique.

La psychothérapie de l'adolescent se centrera surtout sur l'apaisement de l'angoisse dans un soutien actif et bénéfique, à base de déculpabilisation et de revalorisation.

Les psychothérapies de groupe peuvent avoir aussi une grande efficacité, car certains adolescents vivent très mal la relation duelle, trop proche et trop impliquante. Dans cette forme de thérapie, l'expression de transferts latéraux se montre alors particulièrement importante.

Dans les thérapies d'enfants et d'adolescents, comme dans celles des adultes, on retrouve donc la nécessité d'avoir recours à différentes démarches thérapeutiques, afin de proposer au patient une approche adaptée à son âge et à ses difficultés.

Chapitre 15

LA PSYCHOTHÉRAPIE EN COUPLE

DE NOMBREUX couples sont aujourd'hui en faillite et beaucoup de familles éclatent. Tradition et modernité se retrouvent dans « cette chose plus compliquée et plus confondante que l'harmonie des sphères : un couple » (J. Gracq, *Un beau ténébreux*, 1945). Par exemple, on peut être déchiré entre la recherche d'un amour unique et le désir de vivre des relations intimes plurielles. On peut ressentir une tension entre un besoin de liberté individuelle et le désir d'une relation stable qui amènerait à vivre et vieillir ensemble. Chaque couple n'est pas seulement l'addition de deux totalités toujours inachevées, de deux univers inexplorés ; il est lui-même un monde complexe qui possède ses propriétés propres. Nous en envisagerons quelques-unes dans ce chapitre, à l'interface de l'investigation psychanalytique et de l'approche systémique.

Au cours du ^{xx}e siècle, nous avons assisté à une transformation du projet matrimonial, dont les finalités économiques ont laissé place aux finalités affectives. Les nouveaux objectifs de la vie commune, telle la recherche du bonheur, font croître le besoin de dialogue et de négociation. Le mariage n'est plus indispensable mais l'exigence de complicité et d'intimité est beaucoup plus grande. Il est demandé au couple de fournir l'ensemble de ce qui est objet de désir sur le plan affectif : l'amour tendresse, l'amour passion, l'amitié, la connivence intellectuelle, le partage du travail, l'éducation en commun des enfants ; à quoi il faut ajouter une précision en ce qui concerne la sexualité : ce n'est plus un devoir au sens ancien, à savoir l'obligation d'avoir de temps en temps des rapports sexuels, quelle que soit la qualité de ceux-ci, mais plutôt

un devoir de jouissance. Chacun doit pouvoir satisfaire l'autre. Les exigences se sont donc nettement accrues. Et le développement considérable des divorces est dû en partie à cette surcharge d'exigences. Il convient donc d'apprendre à gérer sa ou ses vie(s) de couple. C'est généralement l'objet de la démarche psychothérapique à deux.

COMPRENDRE LE COUPLE

Un anthropologue anglais, séjournant parmi les membres d'une tribu de Rhodésie dans les années trente, eut l'occasion de leur raconter l'histoire d'un chevalier qui, pour conquérir sa bien-aimée, dut traverser d'épouvantables épreuves. Ses auditeurs l'écoutèrent poliment puis, à la fin du récit, le chef de la tribu demanda : « Mais pourquoi ne pas avoir pris une autre fille ? »

Le choix amoureux est souvent étrange. Parmi les disciplines qui peuvent nous aider dans l'abord de ce sujet, une place toute particulière sera donnée à la psychanalyse et à l'approche systémique. La psychanalyse permet d'étudier les mécanismes intrapsychiques ; ce qui est en jeu pour chaque individu dans le choix du partenaire et dans l'évolution du couple. L'approche systémique permet d'aborder ce qui se passe au niveau du couple comme relation, comme système, d'observer l'organisation conjointe du couple et de la vie commune. Il y a bien sûr des jonctions, des zones de continuité entre les dimensions intrapsychiques et les aspects dyadiques. Parmi les auteurs ayant travaillé sur ce thème, c'est assurément Jean Lemaire qui apporte le plus (notamment son ouvrage *Le Couple, sa vie, sa mort*). Ce chapitre lui doit beaucoup.

Le choix du partenaire

« Dire que j'ai gâché des années de ma vie, que j'ai voulu mourir, que j'ai eu mon plus grand amour, pour une femme que ne me plaisait même pas, qui n'était pas mon genre ! » (M. Proust, dernière phrase d'*Un amour de Swann*)

Le choix du partenaire n'est pourtant pas lié au hasard mais relève d'enjeux affectifs souvent non conscients. En psychothérapie, il est important de saisir les modalités et les enjeux du choix car la faille d'un couple trouve souvent son origine dans ce choix-même. Si celui-ci est d'apparence spontané, il n'est pas aléatoire. Précisons quels sont ces processus inconscients que l'on rencontre dans la structuration mais aussi dans la réorganisation ou la destructuration d'un couple.

Choix référé aux images parentales

On sait l'influence de nos parents sur nous car les premiers objets d'amour servent de référence de base. Le fait que le partenaire choisi présente telle ou telle caractéristique de la mère ou du père est tout à

fait banal et sans conséquence désastreuse si cette référence reste peu marquée, partielle. Par contre, quand elle est massive, les conséquences cliniques apparaissent souvent.

- GISELE, institutrice d'une cinquantaine d'années est restée vierge. Dans le travail effectué, elle évoquait souvent son père, qui était décédé, et elle l'évoquait avec une admiration et un amour tels qu'il était évident qu'aucun autre homme ne pouvait avoir une place dans son existence. Elle vivait un amour passionné pour l'image paternelle, amour qui la comblait totalement. Elle n'avait nul besoin, disait-elle et elle le confirmait dans son mode de vie, d'un autre homme. Comme beaucoup de passions, celle-ci était aveugle car à travers ce qu'elle disait de son père et de son mode éducatif, il était assez clair que c'était un homme difficile, rigide, pas l'être idéal qu'elle vénérât les larmes aux yeux dès qu'elle en parlait. Cet amour fille-père était exclusif et empêchait toute autre liaison.
- THIERRY, un homme d'une trentaine d'années avait des rapports sexuels satisfaisants avec sa partenaire, jusqu'au jour où ils décidèrent de se marier. À partir de ce moment-là, il eut une libido tout à fait plate. Le mariage avait donné à sa partenaire, qui jusqu'alors était une amante, le statut d'épouse ce qui pour lui était beaucoup trop proche de l'image maternelle, mère qu'il aimait beaucoup mais le désir et le passage à l'acte n'étaient dès lors plus possibles.

Il est fréquent également que, dans le choix amoureux, la référence au parent de sexe opposé soit une référence négative. On choisit quelqu'un parce qu'il est le contraire du parent dont le style nous a fait souffrir. En fait, il est le contraire en apparence mais l'on s'aperçoit généralement qu'au fond il s'agit toujours de se référer au parent et, que cette référence soit positive ou négative, il y a maintien d'une dépendance infantile.

C'était le cas de CATHERINE, reçue avec son mari. Ils étaient ensemble depuis plusieurs années mais elle refusait toute intimité génitale. Son père, sans aller jusqu'à l'inceste, avait eu des attitudes plus qu'équivoques avec sa fille et celle-ci ne pouvait accepter une pénétration car, dans son imaginaire, il s'agirait alors d'aller jusqu'au bout avec le père. Elle avait choisi un partenaire en apparence très différent de son père mais, en fait et plus profondément, le mari restait une image paternelle avec qui toute pénétration devait être interdite. On confirme ici la complexité de ce genre de situation : car si le père était détesté par Catherine pour ses attitudes limites, il était aussi désiré par elle, à tel point que personne d'autre ne pouvait la pénétrer. D'une certaine manière, elle lui restait fidèle, elle restait fixée à lui, sur un mode de souffrance bien sûr, mais cet attachement semblait plus fort qu'elle.

On a parlé de la référence, positive ou négative, au parent de sexe opposé. C'est quelque chose que l'on imagine assez facilement, et les exemples seraient nombreux, mais parfois la référence majeure est le parent de même sexe.

Prenons l'exemple d'une femme qui se marie jeune avec un homme beaucoup plus mûr. On peut penser que le mari est une image paternelle. Mais parfois, le plus important est qu'il est avant tout une image maternelle, c'est-à-dire un parent expérimenté, attentif et nourrissant. Autre exemple symétrique, celui d'un homme qui peut également choisir sa femme en fonction de caractéristiques parentales et protectrices, directement référées chez lui à une image paternelle : ce qu'il a en vain attendu de son père et qu'il continue nostalgiquement à chercher, c'est en sa femme qu'il le trouve et c'est à elle qu'il demande de jouer ce rôle. Un homme relativement immature peut ainsi attendre de son épouse qu'elle remplisse les fonctions de protection et d'interdit qu'il n'est pas en état d'assumer lui-même.

Ainsi, *le choix du partenaire dépend de notre histoire*. Descartes en donne un exemple dans une lettre écrite en 1647 à un ami :

« Les objets qui touchent nos sens meuvent quelques parties de notre cerveau et y font comme certains plis, qui se défont lorsque l'objet cesse d'agir ; mais la partie où ils ont été faits demeure par après disposée à être pliée derechef en la même façon par un autre objet qui ressemble en quelque chose au précédent, encore qu'il ne lui ressemble pas en tout. »
(Descartes)¹

Descartes illustre cette idée par un exemple personnel :

« Lorsque j'étais enfant, j'aimais une fille de mon âge, qui louchait un peu ; au moyen de quoi, l'impression qui se faisait par la vue en mon cerveau, quand je regardais ses yeux égarés, se joignait tellement à celle qui s'y faisait aussi pour émouvoir en moi la passion de l'amour, que longtemps après, en voyant des personnes qui louchaient, je me sentais plus enclin à les aimer qu'à en aimer d'autres, pour cela seul qu'elles avaient ce défaut ; et je ne savais pas néanmoins que ce fut pour cela. »
(*id.*, p. 741)

Ce que dit cette métaphore du pli, c'est que toute rencontre amoureuse modifie notre configuration interne et crée des secrets au plus profond de nous. Ces plis intimes restent actifs, d'autant plus influents qu'ils concernent les premières amours.

C'est le cas des relations infantiles à nos parents. C'est pourquoi Freud disait que « trouver l'objet, c'est au fond le retrouver » (*Trois essais sur la théorie de la sexualité*). Mais le partenaire n'est pas choisi seulement pour sa ressemblance ou son opposition à telle figure parentale. Il faut ajouter un autre élément : le type d'interrelation avec le conjoint est référé au mode relationnel du couple parental. Là aussi il s'agit d'une référence positive ou négative et, le plus souvent, ambivalente : positive

1. Descartes R., *Œuvres philosophiques* 1643-1650, tome III, Garnier, Classiques Garnier.

sur certains plans, négative sur d'autres. Ce qui fait qu'une référence déterminante dans le choix du partenaire, ce ne sont pas seulement les caractéristiques personnelles de l'autre, mais l'ensemble des propriétés de la relation et ce qu'elles nous renvoient de notre propre histoire familiale.

Évoquons maintenant comment une personne peut utiliser la relation à son conjoint pour se protéger de diverses pulsions ou de différents problèmes.

Choix conjugal et organisation défensive

Le partenaire choisi permet bien sûr un certain nombre de satisfactions directes mais il permet aussi l'évitement de situations angoissantes. Les mécanismes psychiques utilisés sont notamment le clivage et l'idéalisation.

Le clivage consiste à nettement différencier ce qui est bon, que ce soit chez l'autre ou en soi, de ce qui est mauvais. Par exemple, le monde de l'amoureux peut être divisé en un objet totalement bon, l'être aimé, et le reste du monde au sein duquel apparaît le mauvais dont il faut se méfier. Pour conserver à l'autre son caractère totalement bon, il faut alors faire un déni de ce qui pourrait ne pas être bon en lui. Le clivage mène ainsi à l'idéalisation. C'est un fonctionnement fréquent à l'adolescence mais que l'on retrouve à l'œuvre dans certains couples avec, parfois, la quête d'un idéal inaccessible : être chacun, en tout et pour tout, la réponse à ce que l'autre attendait. Suivent généralement, au fil du temps, des reproches de trahison de l'idéal. Ce lien trop serré étouffe l'amour, maintient dans l'infantilisme, barricade contre le monde extérieur.

Ce qui est remarquable est la difficulté ou l'incapacité à établir une relation ambivalente. C'est une sorte de tout ou rien qui fonctionne. Ou l'autre est totalement bon ou bien, s'il ne l'est pas, il rejoint le clan des mauvais et il est donc rejeté. L'idéalisation apparaît notamment quand une personne, qui a manqué la réalisation d'une certaine forme de son idéal, choisit un partenaire qui peut figurer cet idéal. Le partenaire devient un substitut de l'idéal du premier. Mais pour que ce système continue de fonctionner, il faut que le partenaire conserve durablement l'attitude correspondante.

Dans d'autres cas, ce qui est choisi ce sont des caractéristiques négatives. C'est la défaillance de l'autre qui est choisie sur un plan où la personne craint elle-même d'être défaillante. Si une personne supporte mal la perception plus ou moins consciente d'un aspect désagréable d'elle-même, elle peut chercher un partenaire susceptible d'endosser ce rôle. L'incarnation de l'identité négative de l'un est portée par l'autre. Ceci est à rapprocher du phénomène de bouc émissaire que l'on trouve dans des groupes plus larges. Dans le phénomène de bouc émissaire, l'un des membres est chargé du rôle de mauvais objet, porteur des péchés du groupe. Les autres membres sont ainsi protégés de la faute et peuvent même punir celui qui l'incarne. La clinique du couple montre parfois

une telle organisation systémique où les deux partenaires s'organisent pour partager les rôles. Ils ont tous les deux la même disposition latente, le même problème mais l'un parvient à se contrôler alors que l'autre sera conduit à passer à l'acte, à mettre en pratique les impulsions que le premier combat aussi en lui.

C'est le cas souvent dans les couples où l'un des partenaires paraît manifester de grandes qualités, en particulier de dévouement, tandis que l'autre se laisse aller, vit plus ou moins en parasite du premier et montre des côtés déplaisants. L'entourage et la famille sont souvent amenés à considérer que ce second est une charge pour le premier, dont le dévouement méritait mieux. Mais la réalité est plus complexe, comme le montre la séparation imprévue de tels couples, à l'occasion d'un deuil par exemple. Celui qui semblait porté par l'autre développe des qualités qu'il ne manifestait pas jusque-là, alors que l'autre peut réagir inversement. Le couple s'était organisé de telle manière que les rôles soient distribués en distinguant une partie forte et une partie faible.

Et en effet, on peut être soulagé quand on rencontre quelqu'un qui est une caricature de nous-mêmes sur tel ou tel point : l'inhibition, la passivité, la timidité... On peut éprouver une satisfaction à percevoir qu'on n'est pas aussi passif, inhibé, timide qu'on le pensait et la présence de l'autre, de cet autre-là, est finalement rassurante. On peut rapprocher ce point de ce que Ronald Laing nomme l'insécurité ontologique (*Le Moi divisé*, Paris, Stock, 1970) : un solide sentiment de son existence, de sa réalité, de son identité, est nécessaire pour que l'être humain soit capable d'établir une relation véritable avec autrui sans se sentir menacé. Plutôt que de chercher d'abord satisfaction dans sa relation à autrui, il se sent avant tout obligé de se préserver. La sécurité passe avant la quête du plaisir. Cette sécurité et le sentiment de sa propre valeur peuvent apparaître grâce à un partenaire plus défaillant. Quant à ce second partenaire, il trouve dans le premier une représentation de son idéal, idéal dans lequel les qualités d'indépendance, d'activité, de courage se manifestent. Le partenaire plus passif reçoit par l'amour que lui témoigne le plus actif des satisfactions importantes, des gratifications narcissiques.

Chacun donne donc à l'autre d'importantes satisfactions mais à des niveaux différents et complémentaires. Et s'organise ainsi un système qui peut être remarquablement stable même s'il est peu compris par des observateurs extérieurs. C'est le cas notamment pour ces couples constamment conflictuels mais inséparables. C'est en montrant du malheur qu'ils arrivent à protéger, si ce n'est leur bonheur, du moins leur équilibre.

La notion de collusion

La collusion correspond à un conflit commun non résolu, l'association de deux problématiques similaires. Cette communauté de problématique

se traduit par des rôles différents assumés par les partenaires, l'un prenant une position régressive marquée, par exemple la quête d'un don d'amour, d'un soin maternel, tandis que l'autre prend une attitude apparemment plus mature : fournir l'amour attendu, donner de la sollicitude, nourrir le partenaire. Pour comprendre les processus intimes de la dynamique d'un couple, il est important de connaître ces phénomènes collusifs (qui ont été étudiés par Jurg Willy, 1982).

Selon le concept de collusion, le comportement conjugal d'un individu est certes déterminé par son histoire personnelle antérieure (approche psychanalytique) ; mais dans sa manifestation, il est aussi influencé par le comportement, amplificateur ou affaiblissant, du partenaire (théorie de la communication). Dans un conflit conjugal insoluble, on trouve chez les deux époux un trouble fondamental analogue qu'ils extériorisent en jouant des rôles différents. Chacun se voit comme le contraire de l'autre, mais ces contraires s'assemblent pour former un tout.

Le fait d'être unis par un conflit profond de même nature opère, pour une part essentielle, l'attraction et l'accrochage dyadique entre partenaires. Chacun espère être délivré par l'autre de son conflit de base. Au bout de quelque temps de vie commune, cette tentative collusive de guérison peut être mise en échec par le retour du refoulé : les aspects projetés, délégués au partenaire remontent à nouveau à la surface dans la vie psychique de chacun.

Les représentations communes et les fantasmes inconscients qui forment la collusion sont ainsi une base affective de l'attrait réciproque et de l'intensité du lien, mais aussi une source de conflits ultérieurs. Les conflits qui naissent de cette situation résultent de la difficulté, et parfois de l'incapacité, de chacun à affronter ses propres traits de personnalité refoulés et incarnés par l'autre. Et l'on arrive à des impasses : « Je suis comme ci parce que tu es comme ça ; si tu n'étais pas ainsi, je ne le serais pas non plus. » L'attitude de l'un sert d'alibi au style de l'autre. Et les reproches réciproques sont souvent des rituels, exposés de façon à conforter le partage collusif des rôles ; ils ne visent pas le dénouement. Quand on observe de l'extérieur, on est souvent impressionné par ces blocages collusifs. On comprend mal comment deux êtres humains raisonnables peuvent pendant des années, et parfois des dizaines d'années, se blesser et s'accabler des mêmes reproches sans apparemment se rendre compte de l'inutilité du procédé.

Quand le couple en est à choisir entre demeurer dans une collusion problématique ou cesser de participer à ce jeu, on voit surgir la crise. Généralement on assiste à une intensification de la collusion jusqu'à ce que l'un des deux, ou les deux, cherche à s'évader de ce cercle infernal. Parfois on arrive au divorce sans intention de divorcer mais parce qu'on ne peut plus maintenir la collusion sans pour autant savoir vivre autrement ensemble.

Précisons que tout conflit conjugal n'est pas collusif. Par exemple une discussion tendue sur l'endroit où on va passer les vacances, l'un voulant

le bord de mer et l'autre la montagne, n'est pas en soi l'indice d'une collusion névrotique. Mais si cet échange sur un thème relativement banal recouvre en fait une lutte de pouvoir, aucun ne voulant laisser à l'autre l'opportunité d'être celui qui décide, alors la discussion entre adultes raisonnables devient débat irrationnel. Le dialogue aboutit au conflit pour des motifs qui ne sont pas liés au thème apparemment concerné. Ce type de conflit est l'indice d'une problématique au sein du couple. La discussion sur les vacances est devenue un test : suis-je libre dans mon couple ? Qui a le pouvoir à la maison ? Si l'autre ne veut pas me faire plaisir en m'emmenant à la mer, c'est peut-être qu'il ne m'aime plus...

Il n'y a pas de délimitation nette entre le conflit, qui actualise chez chacun des problèmes plus profonds, et la collusion névrotique mais on passe de l'un à l'autre quand la résolution du conflit est entravée par des angoisses et des défenses irrationnelles. On présume une collusion quand les deux partenaires s'engagent de façon inadéquate dans un rituel de lutte qui absorbe une grande part de leur énergie psychique et ne permet pas une issue du conflit dans lequel ils s'enferment.

Principes essentiels du fonctionnement de la relation à deux

On peut identifier trois principes essentiels : de délimitation, de complémentarité et d'égalité.

Principe de délimitation

Pour bien fonctionner, une dyade doit se définir nettement. Jusqu'à quel point peut-on être près l'un de l'autre sans renoncer à soi-même ? Jusqu'à quel point un couple doit-il se délimiter vis-à-vis de l'extérieur ?

« Tout couple aura à chercher sa position sur la ligne continue allant de la fusion à la délimitation rigide. » (Willy, 1982, p. 26)

Plusieurs configurations sont possibles :

- la *fusion* : les partenaires forment une unité en symbiose, un moi commun. Ils aspirent à l'idéal romantique : « l'amour c'est nous deux tout seuls ». Les frontières entre les partenaires existent peu, par contre, elles sont infranchissables vers l'extérieur. En partageant tout, en cherchant à s'unifier dans une parfaite harmonie, les partenaires atteignent une « super-intimité » où ils perdent les limites de leur *Je*, de leur propre *Soi*. Le couple est clos sur lui-même ;
- une *délimitation rigide* : les partenaires, de peur de se perdre individuellement, se délimitent l'un à l'égard de l'autre par des frontières rigides et redoutent l'intimité. Le rempart protecteur entre eux coïncide souvent avec des frontières diffuses vis-à-vis de l'extérieur. La relation avec un tiers, avec les amis, avec les enfants, avec le social, joue un rôle protecteur contre une trop grande intimité intra-dyadique ;

- des *frontières nettes mais perméables* : la relation entre les membres du couple se différencie nettement de toute autre relation ; les partenaires se sentent former un couple et revendiquent un lieu et un temps propre pour avoir une vie conjugale personnelle. Mais ils ne renoncent pas à être différents et respectent entre eux des frontières nettes. On rencontre là une des plus grandes difficultés de la vie à deux : accepter la séparation au sein même de l'amour, respecter le partenaire dans son altérité, ne pas renoncer à soi-même pour lui.

En thérapies familiales, un des symptômes visibles d'une famille malade est l'imprécision des frontières entre parents et enfants et la restauration de nettes délimitations devient un but essentiel du traitement. On pourrait en dire de même pour le travail avec les couples. Un enjeu fréquent de la thérapie est de rétablir, ou d'établir, à l'intérieur et à l'extérieur de la dyade, des frontières plus nettes, moins perméables.

Principe de complémentarité

La relation conjugale est proche de l'intimité que chacun a connue, enfant, avec ses parents. Elle vise aussi les besoins premiers d'unification, d'appartenance, de sollicitude, de protection et de dépendance. Le comportement affectif et corporel de deux amoureux est semblable, à bien des égards, à la relation mère-nourrisson.

Mais en même temps, elle exige des qualités de stabilité, d'autonomie et de maturité. C'est pourquoi on y trouve à la fois des comportements régressifs et des attitudes matures, avec une complémentarité des positions, dans un système de balancier. Quand l'un est triste et pleure, l'autre le câline et le rassure, et réciproquement, quand c'est le second qui est désorienté, le premier peut lui venir en aide. Cet appui mutuel est une motivation essentielle à la formation du couple. Pouvoir régresser en présence de l'autre, et accepter la régression ponctuelle de l'autre, sont des conditions pour arriver à mûrir individuellement et ensemble.

Mais certains membres d'un couple ont tendance à rester fixés dans les comportements régressifs et à refuser l'accès à une position adulte. D'autres au contraire ne peuvent accéder aux éléments infantiles à l'œuvre et tentent de supprimer tout ce qui pourrait être interprété comme puéril ou faible. Ils s'obligent à une attitude de force, d'autorité et de maîtrise émotionnelle. À l'inverse de l'attitude régressive, cette pseudo-maturité est généralement mieux appréciée car elle incarne les valeurs socialement valorisées d'efficacité, de dynamisme et de virilité. Mais en fait, il s'agit d'un essai pour dominer sa fragilité en présentant une façade adulte. Et cette tentative coûte souvent cher à la personne qui se cuirasse dans ses sentiments et ses émotions. C'est une surcompensation, un système défensif plus ou moins inefficace.

Principe de l'égalité de valeur des partenaires

Cette équivalence existe même si l'un des deux partenaires assume des fonctions en apparence plus élevées que l'autre, notamment professionnelles. Une connaissance plus approfondie montre que le partenaire apparemment plus effacé participe souvent, à l'arrière plan, aux activités de l'autre. Une façon de voir traditionnelle faisait ainsi du mari le ministre des Affaires étrangères et de la femme le ministre de l'Intérieur.

En fait, il est souvent arbitraire de dire que tel partenaire est dominant et tel autre soumis. Une connaissance plus fine de la relation montre qu'on ne peut généralement pas savoir qui domine qui. On peut tout au plus parler de partenaire en position supérieure et de partenaire en position inférieure. Et encore ! Par exemple il n'y a dans un conflit conjugal ni vainqueur ni vaincu. Car le vaincu apparent a de nombreux moyens pour rétablir l'égalité des forces et la victoire, elle aussi apparente, peut entraîner des représailles.

AIDER LES COUPLES

Parmi les motivations de la démarche thérapeutique, qu'elle soit individuelle ou qu'elle s'effectue en couple, ce sont les souffrances liées au manque d'amour qui constituent assurément la principale source. Avec les couples, ce sont les frustrations, les errements, les ratés, les malentendus, les conflits, l'ennui et tout le cortège des difficultés relationnelles qui se présentent dans le cabinet du psychothérapeute, parfois de manière ordonnée mais le plus souvent en vrac. Si « rencontrer un homme c'est être tenu en éveil par une énigme » (Lévinas¹, p. 125), rencontrer un couple, c'est parfois être tenu en échec par l'inintelligible. Notamment avec les couples en bataille permanente, ayant semble-t-il perdu le sens des proportions et pour lesquels la moindre brouille peut être élevée au rang de drame. Dans le couple, la défaite de la lucidité n'est pas le moindre des maux et il faudra souvent quelques heures de travail avant que la situation devienne à peu près compréhensible. D'autant plus que les partenaires même en souffrance sont attachés à leurs habitudes ensemble, comme on l'est à de vieux vêtements ou à d'anciens jouets. Ils ne sont guère disposés à les laisser de côté, encore moins à les abandonner.

C'est pourquoi nombre de thérapeutes estiment trop lourd le traitement d'un couple car cela leur demande de pénétrer dans l'inconscient non plus d'un mais de deux individus à la fois. Cela n'est que partiellement vrai car, lorsqu'on fait abstraction des circonstances fortuites, on trouve le plus souvent à la base du conflit conjugal une thématique fondamentale commune aux deux partenaires, qui constitue une part inconsciente partagée. En thérapie de couple, on se focalise essentiellement sur ce commun

1. Levinas E., *En découvrant l'existence avec Husserl et Heidegger*, Paris, Vrin, 2001.

dénominateur et on n'aborde presque pas les domaines qui ne sont pas directement liés à la dynamique conjugale.

Élucidation de la crise

Le processus de crise est introduit par les déceptions éprouvées par chacun en face des défaillances réelles ou supposées de l'autre. L'autre ne semble plus répondre aux attentes, aux besoins et à ce qui est projeté sur lui. Même si la personne n'a pas véritablement et objectivement changé d'attitude, c'est subjectivement que son image paraît faillir. Cette déception a un rôle important. Elle sert d'introduction au processus de crise, à la rupture de l'idéalisation et du clivage, au retour de l'agressivité à l'intérieur du couple et donc à la réorganisation de l'ambivalence nécessaire au bon fonctionnement d'une relation.

C'est un processus qui, même s'il introduit une crise, est dynamique en ce sens qu'il n'est pas obligatoirement le point de départ d'une mésentente ou d'une rupture mais un moyen pour le couple de restructurer son fonctionnement. Car le plus important reste la confortation narcissique mutuelle des partenaires. Dans le couple, chacun confirme l'autre dans sa valeur. Ce qui se produit au moment des crises, c'est un doute plus ou moins profond et plus ou moins durable sur la valeur de l'autre, de cet autre à qui on demande de nous valoriser, de nous confirmer dans nos qualités.

D'une certaine manière, c'est un travail psychique de deuil qui est à effectuer mais un deuil un peu particulier puisque l'autre n'est pas mort ; c'est à une certaine image de lui qu'il faut renoncer. C'est donc un deuil limité, partiel mais certains peinent à l'effectuer et tentent de façon répétitive de revenir à la relation primitive.

Les processus de confirmation et de disconfirmation mutuelles vont parfois fort loin, jusqu'à la rupture. Rupture lente chez certains qui se blindent pour ne pas souffrir de la disqualification et réduisent progressivement leur communication affective. Ils ne maintiennent leur équilibre personnel qu'au prix d'une sorte d'indifférence à l'autre et d'un égoïsme accru. Le couple alors s'éteint peu à peu, la gêne à vivre ensemble l'emportant sur le désir mutuel. Certains trouvent dans des relations extraconjugales une manière d'échapper à la disqualification dans le couple, un tiers apportant le renfort narcissique que le conjoint n'apporte plus. Chaque partenaire, n'étant pas heureux, n'est plus capable de confirmer l'autre dans sa capacité à rendre heureux.

Dans la crise, chacun met une distance protectrice vis-à-vis de l'autre. Chacun se restaure individuellement à distance de l'autre. Il est parfois difficile de faire comprendre à l'autre le désir de remettre en question une partie du « contrat » et de réorganiser autrement le couple. Difficile d'affronter les éventuelles protestations du partenaire et la crise qui risque d'en découler, crise pourtant nécessaire au fonctionnement ultérieur de ce couple. La crainte d'affronter un climat conflictuel conduit souvent à se

taire mais c'est progressivement dans le comportement non verbal que va se traduire l'intolérance partielle par rapport au couple. Ce type de comportement est une des causes des consultations conjugales.

Le but de celles-ci n'est pas un sauvetage à tout prix du couple mais d'aider les partenaires à sortir de la stagnation ou de la crise. Le projet est que se déploie dans leur relation une libre dynamique les amenant à décider de la poursuite ou non de leur lien privilégié. La clarification qui est au cœur du processus peut mener à une relance améliorée et solidifiée du lien mais aussi à une séparation. Il existe trois aspects complémentaires de ce travail d'élucidation : meilleure connaissance par chacun de lui-même, du partenaire et de la dynamique de leur couple. Le projet est de mener les partenaires à la fois à plus de liberté et à plus de solidarité. Dans le couple, chacun peut aider l'autre à mûrir. Il s'agit de grandir séparément et ensemble.

Carl Rogers nous livre sa propre expérience : « En aimant aussi l'enfant qui vit en moi, ma propre compagne nous a enrichis tous les deux tout en me permettant de devenir l'homme que je suis maintenant » (1972). Selon lui, les fils directeurs qui nouent les associations homme-femme de façon enrichissante, sans les paralyser, sont les suivants :

- l'engagement mutuel vers le progrès ;
- la communication des sentiments ;
- la distanciation vis-à-vis des rôles ;
- la découverte et le partage progressifs de différentes facettes de chacun.

Tous les aspects de la vie privée peuvent être abordés en thérapie, y compris et peut-être surtout ceux dont il semble « impossible » de parler. Ce que l'on garde pour soi, par pudeur ou par honte, peut être exprimé et partagé dans une visée évolutive.

Vivant ensemble depuis trois ans, SUZANNE et PATRICK n'ont jamais eu de rapport sexuel intégrant la pénétration. Lui n'a pas de problème d'érection mais, au moment du rapprochement, elle présente un raidissement général du corps et en particulier des muscles vaginaux qui rendent impossible toute pénétration. Ils ont consulté un sexologue ensemble pendant quelques mois.

Pour Suzanne, cette situation est à mettre en relation avec les caresses et les jeux érotiques qu'elle et son frère aîné ont partagés quand elle avait huit ou neuf ans. Son père, « à qui elle s'en est ouverte » (!), n'a pas été étonné du tout par l'existence de ces jeux. Elle en a déduit une certaine complicité, voire un certain plaisir de sa part. Étant adolescente, elle a ressenti le désir de son père pour elle, désir qui ne s'exprimait que verbalement mais crûment. Dès lors, elle fait un lien, plus ou moins conscient au début de notre travail, entre son mari et les hommes de sa famille. L'intimité sexuelle prend ainsi une connotation incestueuse qui rend la pénétration totalement inadmissible. Il lui semble d'ailleurs qu'elle pourrait avoir des rapports sexuels complets mais avec un amant, pas avec son mari, trop proche de la famille.

Patrick met en avant le fait qu'il est trop empressé et fort peu romantique. C'est ce qui empêcherait l'aboutissement normal de leurs rapports. Il a très peu de liens avec sa propre famille, il ne les voit qu'une fois par an, car le climat y est très tendu. Beaucoup d'alcool et une violence toujours latente. Son frère a suivi l'exemple parental en ce qui concerne ces deux points, l'alcool et la violence, et se trouve socialement marginalisé. Lui ne boit pas, est apparemment doux mais son agressivité potentielle est sensible.

Par ailleurs ils déclarent s'entendre bien, « bien rigoler ensemble » mais sont d'accord pour reconnaître leur difficulté commune à se confier sur les sujets intimes. Quand le praticien leur demande quels sont les thèmes tabous entre eux, ils répondent simultanément et sans hésiter : lui, « le sexe ! » ; elle, « les sentiments ! ».

Ils sortent peu et ne sont allés qu'une fois au restaurant depuis qu'ils vivent ensemble. Après la première séance, ils déclarent que la communication s'est un peu améliorée verbalement mais pas physiquement. Elle précise qu'elle aurait voulu être un garçon et qu'elle ne veut pas être pénétrée car elle ne veut pas être dominée. La sexualité a quelque chose d'animal qu'elle redoute et ses contractures apparaissent comme une protection contre des sensations primaires et des désirs archaïques qui l'effraient.

Leur quotidien est marqué par la routine et l'ennui. Ils viennent aux séances comme on va chez le dentiste, sans envie et en attendant passivement que le spécialiste fasse son travail. Sauf que eux ouvrent peu la bouche... Après leur avoir fait part de ce constat, le praticien leur explique que leur implication est une nécessité, que ce soit dans le travail thérapeutique ou dans leur vie de couple. Ils semblent comprendre mais arrivent à la séance suivante avec vingt minutes de retard. Il explique qu'il a eu envie de s'allonger juste avant de venir mais que « quand c'est un rendez-vous important, je suis à l'heure » ! Cela est dit gentiment et avec le sourire mais l'agressivité devient évidente. Un échange a lieu alors sur l'importance de l'agressivité et sur son articulation possible avec la pulsion sexuelle.

À la séance suivante, ils annoncent qu'elle a accepté une première pénétration mais que ça l'a brûlée. Le manque d'érotisme apparaît clairement. Certaines possibilités sont alors discutées : acheter un livre érotique et le lire ensemble, regarder des films excitants, mettre des vêtements choisis, etc. Le manque d'excitation entre eux est précisé, travaillé. Ils ont créé un rempart contre le désir, et la relation sexuelle se réduisait à des caresses plus ou moins mécaniques, sans âme.

Elle ressent qu'ils n'ont pas les mêmes rythmes, les mêmes aspirations et surtout qu'ils ont accumulé de l'agressivité l'un envers l'autre. Elle évoque un film américain dans lequel l'actrice Kathleen Turner donne un coup de poing à son mari : quelle belle scène ! Lui reste « cool » et se défend d'être agressif. Les entretiens sur ce thème délicat de l'agressivité, plus ou moins manifeste entre eux, les amène à vivre de plus en plus régulièrement des rapports sexuels complets. Et le plaisir fait son apparition. Les fantasmes aussi. Ils constatent que, quand ils sortent le soir, ils peuvent ensuite avoir un rapport plus satisfaisant, détendu, et même ludique.

Ils reconnaissent progressivement qu'ils étaient psychologiquement trop collés l'un à l'autre pour être véritablement en relation. Le fait d'évoquer leurs différences, de parler de « séparation psychique » (formule très obscure pour eux au début) les mène finalement à la découverte mutuelle de leurs désirs et à une complicité accrue.

Modalités des psychothérapies pour couples

Le couple, comme la plupart de ceux qui consultent un thérapeute, est fondamentalement ambivalent : il réclame une aide contre laquelle il lutte. Il demande consciemment un changement auquel il s'oppose inconsciemment. La psychanalyse, l'écoute empathique de Rogers, la compréhension systémique et la pédagogie comportementale font partie des voies offertes aux couples en crise. Pour les aider, une approche plurielle, au point de rencontre des différentes méthodes possibles, est bienvenue.

Le cadre

Le cadre est l'ensemble contenant grâce auquel ce processus thérapeutique complexe et pluriel pourra se dérouler. Le cadre, comme la peau, limite un intérieur et un extérieur ; il enveloppe, protège et contient ; il permet des échanges. Il est d'autant plus important que le couple est un lieu où la frontière entre le normal et le pathologique est particulièrement fluctuante, incertaine, arbitraire. La vie amoureuse, la passion qui la sous-tend et les désirs qu'elle actualise supposent le recours à des fonctionnements psychologiques plus ou moins primaires, hérités des aspects les plus archaïques de l'être humain. Les aspirations fusionnelles, les tendances régressives, les pulsions prégénitales s'y font jour. On ne peut pas définir comme pathologique le recours à des fonctionnements archaïques comme le clivage ou l'idéalisation. Ce qui peut être défini comme pathologique, c'est l'impossibilité de recourir à d'autres fonctionnements et notamment l'impossibilité d'accéder à l'ambivalence. Ce qui est pathologique est donc un déni prolongé de la réalité. Par exemple, l'existence de jeux sadomasochistes érotisés entre les partenaires n'est pas pathologique. Ce qui le deviendrait serait l'incapacité de différencier la vie privée et les relations sociales et donc d'avoir ce genre de relations partout, quel que soit le contexte. Le fait qu'en privé les tendances sadiques de l'un rencontrent les aptitudes masochistes de l'autre les aide au contraire à faire face et à contenir ces tendances régressives. Ils n'ont pas besoin de les manifester à l'extérieur.

La plupart des couples vus en consultation ne présentent pas de véritable pathologie. Ils souffrent des conséquences de leurs difficultés individuelles et d'un manque de savoir-vivre ensemble. Le traitement ne se bornera pas à enquêter sur les causes du problème, il nécessitera des expériences psychiques et émotionnelles intenses et correctrices. Les couples apprennent à modifier leur comportement et leur mode de communication en présence du thérapeute, jusqu'à ce que ce nouveau modèle de cohabitation prenne le pas sur les habitudes néfastes.

En ce qui concerne le cadre temporel, il sera généralement distinct de celui proposé en thérapie individuelle : les séances sont plus longues (environ une heure) et en nombre plus limité (par exemple une dizaine de séances avec possibilité de séances complémentaires).

L'écoute et la compréhension mutuelles

Les échecs de vie en couple sont souvent liés à la médiocrité de la communication entre les partenaires. Certains par exemple sont capables de se transmettre une grande quantité d'informations sans pour autant que la communication soit bonne. L'avalanche d'informations est un moyen de ne pas communiquer sur l'essentiel. C'est d'ailleurs l'activité la plus importante du thérapeute de couples : favoriser la communication entre les partenaires. C'est comme cela, plus que dans ses interprétations, qu'il obtient les résultats les plus manifestes. Il faut aider les partenaires à clarifier leurs messages et à confronter les différents sens qu'ils ont pour l'un et pour l'autre.

Ce travail doit être mené avec précision et pour cela il peut être utile d'analyser avec le couple une brève séquence de l'entretien en cours. Cette séquence est travaillée pour que les différents éléments du discours et de l'échange non verbal soient explorés par les deux personnes. Le thérapeute intervient pour que celui qui reçoit un message puisse préciser ce qu'il a entendu ; puis il redonne la parole au premier pour qu'il indique ce qu'il avait voulu transmettre ; il invite ensuite les deux à s'interroger sur le décalage éventuel entre le projet de l'un et la compréhension de l'autre.

C'est un niveau essentiel des entretiens conjoints. Il s'agit d'apprendre à clarifier les messages et donc à métacommuniquer, c'est-à-dire à communiquer sur le mode de communication. Cette dimension de l'entretien est fondamentale en ce sens que le couple va peu à peu pouvoir effectuer ce travail par lui-même, sans avoir besoin du médiateur qu'est le thérapeute.

Un des aspects de ce travail consiste à évaluer la cohérence ou non des aspects verbaux et non verbaux de l'échange. La contradiction des messages émis par les différents canaux de communication est en effet une source importante de brouillage des interactions. Par exemple, il arrive que, pour faire passer une critique, une personne se rapproche de son partenaire, lui sourit, montre un visage favorable qui finalement peut désarmer toute réaction agressive. Cela devient un problème quand l'autre, percevant cette stratégie, se sent manipulé et devient méfiant à l'égard des signes d'accompagnement chaleureux, par exemple une expression de tendresse. Le geste de tendresse qui précède une revendication sera ressenti non plus comme geste de tendresse mais comme simple ruse pour obtenir un effet. Dès que l'autre va dire « chéri » et se rapprocher, il peut y avoir tension, prudence, voire défiance. La communication peut alors devenir difficile car le premier qui a utilisé des signes chaleureux pour atténuer un propos agressif n'est pas forcément conscient de l'avoir fait et donc ne comprend pas pourquoi l'autre devient méfiant dès qu'il y a échange de tendresse, etc. C'est toute la communication qui peut se compliquer et progressivement devenir incompréhensible.

QUELQUES PROPOSITIONS THÉRAPEUTIQUES
DANS LE TRAVAIL AVEC LES COUPLES

- **Droit de dire ce qu'on ressent et ce qu'on imagine.** Et notamment ce qu'on imagine, à tort ou à raison, de ce que pense l'autre. Le matériau sur lequel on travaille, c'est d'abord l'imaginaire de chacun des partenaires. Le cadre et le thérapeute permettent que soient contenus et métabolisés l'imaginaire des partenaires et notamment les projections et les fragments de processus inconscients.
- **Distribution de la parole.** Pour cela, il peut être nécessaire de couper la parole à celui des partenaires qui la monopolise ou s'enlise et embourbe la séance dans des propos banalisants qui servent d'écran. Intervenir à ce moment-là est aussi une interprétation de cette banalisation en tant qu'écran et résistance. Il s'agit aussi de protéger l'espace intérieur de chacun : par exemple, quelqu'un qui reçoit un message que l'on imagine difficile, lui proposer avec empathie d'exprimer ce qu'il ressent et lui donner à ce moment-là une priorité de parole.
- **Facilitation de l'expression des fantasmes.** La circulation fantasmatique est une condition de la créativité psychique qui elle-même est une condition de la thérapie. Cette créativité est fondamentalement une capacité d'élaborer des images, des idées, des rêves : « Le thérapeute aura donc autant le souci d'enrichir les possibilités d'échange et de circulation des rêveries, fantasmes et mythes, que celui d'interpréter les dysfonctionnements » (Lemaire, 1998, p. 107). Pour cela, on peut par exemple partir de détails de la vie quotidienne : un des membres rapporte un incident ou un rite familial et on fait travailler ce récit ainsi que les différentes versions de ce fait généralement récent et vivant, et on le rattache à l'imaginaire commun. Il s'agit de donner un sens qui dépasse la simple habitude fonctionnelle à laquelle on veut parfois réduire l'événement (« chez nous on fait comme ça et puis c'est tout »). La différence, c'est l'élucidation du sens symbolique qu'il a pour le couple. C'était le cas pour Christine et Gérard par rapport au fait que dans le lit, depuis dix ans, les places n'étaient pas attribuées, ce qui avait pour chacun une signification précise. La circulation fantasmatique et cette émergence d'un sens ont un effet très dynamique sur le travail thérapeutique, et plus largement et potentiellement, sur la vie du couple.
- **L'interprétation.** Il s'agit d'intervenir à deux niveaux : à celui de la réalité mais aussi à celui des mythes et des rites propres à ce couple et à leurs familles d'appartenance. L'interprétation doit interroger, mobiliser, provoquer car si elle n'est qu'information, elle manque de pouvoir mutatif. Le travail interprétatif est une tentative plus ou moins provocatrice de rattacher un fait clinique à un sens. C'est une création signifiante qui ne cherche pas à démystifier systématiquement mais plutôt à utiliser la force des mythes. Ceux-ci sont des constructions imaginaires collectives, souvent implicites, parfois inconscientes, qui s'expriment à travers des rituels, des règles de fonctionnement, des jeux, des fantasmes transgénérationnels.
- **Prêt de fantasmes.** Il faut parfois aussi prêter des fantasmes pour ceux qui en sont peu aptes. Il y a des gens techniquement cultivés mais qui ont peu de capacités imaginatives. Ils possèdent des connaissances mais sont peu inventifs. Alors que la plupart des personnes font interagir les informations objectives et les impressions subjectives, ceux-là sont



prisonniers de l'objectivité et coupent leur champ de conscience de ce qui est de l'ordre de l'intuitif, du ressenti, du subjectif. Ils ont du mal en général à comprendre ce que vit leur partenaire quand celui-ci se met à pleurer ou à rire ou à fantasmer. Quand on essaye de leur faire saisir le sens relationnel d'un geste ou d'un mot, cette interprétation leur échappe. Ceux-là doivent être aidés activement par le prêt de fantasmes ou d'impressions affectives. Il faut les aider à accéder à ce monde inconnu en leur prêtant « les mots pour le dire », pour exprimer les affects et les émois.

Psychothérapie en couple et par le couple

La psychothérapie en couple est centrée sur les interactions verbales, non verbales et fantasmatiques entre les partenaires et sur l'articulation entre les aspects conscients et inconscients de leurs interactions. Pendant un entretien en couple, la parole, le geste ou le symptôme d'une des personnes est saisi à la fois comme une expression individuelle et comme une dimension dyadique. Par exemple, si une patiente se plaint de maux de tête récidivants, il peut être très judicieux de demander non pas à elle mais à son mari comment il comprend ces douleurs. Qu'est-ce qu'il imagine être l'origine et le sens de ce symptôme. Puis le praticien demande à la femme ce qu'elle pense de l'interprétation de son mari, etc. Dans un couple, ou dans une famille, celui qui souffre le plus d'un symptôme n'est pas forcément celui qui le porte. Et il est fondamental de mettre ce symptôme apparemment individuel en discussion collective. Ce qui définit la thérapie par rapport à la médecine par exemple, c'est ce passage de plan du symptôme à celui de son sens, et notamment de son sens affectif et relationnel. Et ce qui spécifie la thérapie de couple, c'est le fait de donner la priorité au sens relationnel du symptôme.

Il s'agit donc d'une écoute double, et même multiple si l'on s'intéresse aux familles d'appartenance. Celui qui s'exprime ne parle pas seulement de lui et pour lui, il est aussi porte-parole d'un groupe. Ce qui s'organise, c'est un discours de groupe, avec des associations entre les paroles de l'un et celles de l'autre, avec des fantasmes partagés.

Le travail interprétatif ne vise pas tant le processus intrapsychique de chaque partenaire que les éléments communs aux deux personnes. Et notamment on cherche à faire évoluer ce qui fait que le couple n'assure plus, ou pas assez, le soutien narcissique de chacun. L'intervention la plus dynamique, la plus mutative, est souvent celle qui permet la prise de conscience par les partenaires de la manière dont ils ont limité leur communication et du sens de cette évolution. En quoi cette limitation relationnelle est un compromis, jusque-là inconscient, en quoi elle est une défense, et une défense contre quoi ? Le symptôme n'est donc pas à balayer, à faire disparaître dès que possible. Il serait à effacer s'il n'était que négatif. Mais ce n'est pas le cas : il a aussi une valeur positive de protection, protection qu'il faut comprendre car ce compromis défensif

va créer de grandes résistances au changement ; et protection qu'il faut en partie respecter pour que le travail effectué ne sabote pas ce que les personnes ont mis des années à construire pour trouver un équilibre. Avant d'attaquer un symptôme, il faut s'assurer que les personnes sont en mesure de construire un autre équilibre, plus épanouissant pour eux.

Ce que l'on va faire, c'est proposer l'idée qu'il y a un sens à ses symptômes, et notamment à la limitation de communication et qu'on peut travailler ensemble à construire ce sens. Et qu'ensuite il s'agira pour les partenaires de décider de l'évolution de leur relation en fonction de ce qui a été révélé, rendu conscient. Au lieu d'être victimes de leurs problèmes, ils en deviennent responsables ainsi que du choix de fonctionner ensemble différemment.

Les enjeux de ce traitement psychothérapique sont les suivants : une plus grande palette communicationnelle, une modification des collusions inconscientes sur lesquelles le couple s'est fondé, une capacité de se comprendre soi-même, une intuition de la problématique du partenaire, une capacité à élaborer verbalement les désirs ou les besoins. Il s'agit aussi de développer la capacité à durer, ce qui ne veut pas dire supporter l'usure mais au contraire capacité de renouveler les modalités de la relation, de reconstruire du neuf. Les couples qui se contentent de supporter l'usure se rendent possible une cohabitation longue mais ils meurent plus ou moins en tant que couples. Ceux qui vivent vraiment savent restructurer leur lien en abandonnant du passé ce qui est suranné.

Il s'agit donc de restaurer chaque personne et de libérer le lien. Pour cela, il faut savoir reformuler, verbaliser, figurer, prêter des images et des mots. La figuration par des images et des métaphores est parfois un préalable à l'activité interprétative. Avant de donner du sens, il faut mettre les personnes en condition pour porter ou recevoir ce sens. Il existe une dimension archaïque, en deçà de toute rationalité, une dimension faite d'affects et de représentations primaires, qui ne peut être interprétée directement. Il s'agit d'entrer progressivement dans un registre davantage mentalisé par ce travail préalable de figuration. Celui-ci doit rapidement se focaliser sur le nœud du problème et délaisser ce qui est adjuvant. Il faut aborder de plus en plus directement les conflits latents qui sous-tendent la crise et les compromis actuels. Compromis auxquels les partenaires tiennent et auxquels ils vont se raccrocher. Mais si le thérapeute ne fait pas l'effort de persévérer, d'insister pour que soient abordées les angoisses latentes, alors les échanges risquent de se limiter à des explications rationalisantes, des dénégations et une banalisation qui rendent les séances assez creuses et leur poursuite inutile. C'est ainsi que :

« une psychothérapie est une œuvre d'art. Elle engage toute la personnalité du thérapeute, sa créativité, ses connaissances, sa culture générale, mais aussi l'ensemble de ses qualités affectives et de ses choix éthiques et, bien entendu, leurs dimensions inconscientes » (Lemaire, 1998, p. 134).

C'est pour chacun un processus de subjectivation qui est soutenu, processus qui souvent a connu des imperfections, des failles, des ratés. Cette aide ne se fait pas contre le partenaire mais avec son aide, à travers une réorganisation du lien, un renouvellement, une redéfinition de l'identité de chacun et de ses frontières, afin que la construction du *Nous* ne soit pas un danger pour le *Je*.

Chapitre 16

LES THÉRAPIES FAMILIALES

LES THÉRAPIES familiales sont nées aux États-Unis il y a une cinquantaine d'années. Elles représentent certainement une des plus grandes innovations dans le domaine de la psychothérapie. Cependant, elles ne constituent pas seulement un apport original au niveau technique ; plus fondamentalement, elles opèrent une véritable révolution épistémologique dans la compréhension des comportements humains et des troubles qui peuvent les affecter. Cette révolution est fortement liée à la démarche systémique telle qu'elle a été développée par ce qu'on a appelé l'école de Palo Alto¹. C'est là qu'une équipe de psychothérapeutes, s'inspirant des travaux de Gregory Bateson sur la communication et animée par le psychiatre et psychanalyste Don D. Jackson, fonde en 1958 le *Mental Research Institute* (MRI). Cette institution où travailleront des personnalités éminentes comme Jay Haley, Virginia Satir ou Paul Watzlawick est l'un des creusets dont sont issues les thérapies familiales.

LE SYSTÈME FAMILIAL

La démarche systémique a rompu avec le point de vue traditionnel de la psychiatrie ou de la psychanalyse qui se référait à l'individualité et à ses mécanismes intrapsychiques pour comprendre la pathologie mentale. Pour elle, la notion d'« individu » est largement une fiction ; celui-ci,

1. Cf. Marc et Picard, 2000 (Palo Alto est le nom d'une petite ville de Californie connue pour abriter la prestigieuse université de Stanford).

en effet, n'existe jamais de façon isolée et ne peut être appréhendé indépendamment du contexte dans lequel il évolue, et notamment des relations qu'il entretient avec autrui. Ce qui est premier, c'est donc la *relation* ; la conscience de soi, par exemple, n'apparaît et ne se développe chez l'enfant que dans une interaction avec son entourage familial, et tout particulièrement avec ses parents et ses frères et sœurs. Ainsi, la famille apparaît comme la matrice fondamentale où se construit l'individualité et dont celle-ci tire ses caractéristiques.

Elle est considérée comme un « système », c'est-à-dire comme une organisation relativement stable de relations entre des statuts, des rôles et des places (le père, la mère, les enfants...). Ces relations obéissent à des règles dont certaines relèvent de modèles sociaux et dont d'autres, plus psychologiques, sont propres à chaque famille et remplissent de nombreuses fonctions : socialisation de ses membres, soutien mutuel, régulation affective, confirmation, etc. C'est lorsque ces fonctions sont perturbées par des communications inadéquates que le système familial exerce une action pathologique sur ses membres. Dans cette optique, le trouble psychologique n'est plus le symptôme d'une « maladie » mentale dont l'individu serait porteur mais l'expression d'un dysfonctionnement du système familial. Ce dysfonctionnement atteint plus ou moins tous les membres de la famille : le « patient désigné¹ » n'est que le révélateur de la pathologie familiale. Ainsi, *l'accent se déplace de l'intrapsychique à l'interactionnel*. Il ne s'agit plus pour le thérapeute d'agir directement sur le patient désigné, mais de permettre un changement dans les caractéristiques du système familial qui sont sources de perturbations pour les individualités. Cette démarche permet d'éviter un écueil classique de la thérapie d'enfant : le praticien mène un travail pertinent auprès du jeune patient, mais comme les causes de ses troubles (les dysfonctionnements familiaux) ne changent pas, ce travail est voué à l'échec ; ou alors il a des effets bénéfiques sur l'enfant et c'est un autre membre de la famille qui présente à son tour des symptômes ; ou encore les parents décident d'interrompre la thérapie car elle risque de déstabiliser l'équilibre (pathologique) que la famille a trouvé à travers la maladie d'un de ses membres.

Homéostasie et changement

On peut souligner d'ailleurs que l'origine des perturbations familiales vient souvent de la difficulté à faire face au changement. En effet, le système familial est traversé par deux tendances : une tendance à l'« homéostasie », c'est-à-dire au maintien de l'équilibre qu'il a trouvé à un moment donné dans son fonctionnement ; et la nécessité d'intégrer les

1. L'approche systémique utilise cette notion pour signifier que le porteur des symptômes les plus apparents (souvent un enfant en raison de sa vulnérabilité) est en quelque sorte le représentant du mal-être familial, celui qui est à la fois chargé de le traduire et de le canaliser.

changements entraînés par les évolutions temporelles (naissances, deuils, passage des enfants de l'enfance à l'adolescence puis au stade de jeunes adultes, retraites, etc.) et les modifications du contexte dans lequel la famille évolue (logement, profession, scolarité, conjoncture économique et sociale...). Très souvent, le dysfonctionnement apparaît lorsqu'un de ces changements menace l'équilibre familial antérieur et amène soit une rigidification, soit une désorganisation du système.

On peut l'illustrer par l'exemple de la famille Duval.

Le père, LOUIS, vient d'un milieu populaire ; il n'a pas fait d'études supérieures mais ses capacités lui ont permis de gravir peu à peu les échelons de l'entreprise où il travaille et d'accéder au statut de cadre. Il est fier de sa réussite et fier d'offrir à sa femme CLAIRE et à ses deux filles une vie aisée. Le modèle familial est plutôt traditionnel : lui s'investit beaucoup dans son travail, rentre tard le soir, n'a que peu de loisirs. Claire reste à la maison dont elle s'occupe avec dévouement et se consacre à l'éducation de ses filles qui sont épanouies et réussissent bien à l'école. Tout le monde est satisfait de ce mode de fonctionnement et l'on cite la famille Duval comme un modèle d'équilibre et de bonne entente.

Mais un jour, l'entreprise de Louis a des problèmes financiers et il est licencié. Louis vit très mal la situation : son statut de cadre, faute d'un diplôme, risque de ne pas être reconnu dans une autre entreprise ; de plus, la famille a des traites importantes à payer pour l'achat de la maison et son équipement ; elle est saisie par l'angoisse de ne pouvoir faire face à ses obligations financières. Au bout de quelques mois de recherche d'emploi infructueuse, Louis s'enfonce dans la dépression et les problèmes de santé ; il a du mal à affronter les démarches nécessaires pour sortir du chômage et reste le plus souvent chez lui, prostré devant la télévision. Claire ne reconnaît plus son mari ; elle lui reproche son manque de réaction et finit par prendre un travail de caissière pour compenser les pertes de revenus du foyer.

Louis en est profondément humilié ; son image de réussite et d'ascension s'écroule. Il se sent fortement dévalorisé. Il ne peut accepter de s'occuper de la maison comme le lui demande Claire qui maintenant travaille ; il juge cela dégradant pour un homme. Le climat familial se détériore, les disputes se multiplient. Se disant harcelé par sa femme, Louis se raidit et a des réactions violentes à son égard et à l'égard des filles. Celles-ci sont désarçonnées par le changement familial ; elles ne comprennent plus leur père et vivent mal sa fragilité ; en pleine adolescence, elles éprouvent un certain malaise à le retrouver à la maison lorsqu'elles rentrent du collège et se réfugient chez des copines. Leurs résultats scolaires chutent et l'aînée, Jessy, devient de plus en plus turbulente et agressive, si bien que les parents finissent par être convoqués au collège. Claire envisage de divorcer ; Jessy fait une tentative de suicide heureusement sans conséquences. C'est alors que Claire, conseillée par son médecin de famille, décide de tenter, comme une dernière chance, une thérapie familiale à laquelle Louis a beaucoup de mal à se résoudre. Il la ressent comme une humiliation de plus (« Je ne suis quand même pas fou », dit-il).

On voit comment la famille Duval avait trouvé pendant quatorze ans un équilibre satisfaisant pour tous ses membres. Chacun avait un statut et un rôle reconnus par les autres et les règles de fonctionnement assuraient une bonne « homéostasie » : le père s'épanouissait dans son travail et son autorité était acceptée par sa femme et ses enfants ; la mère était contente de s'occuper de son intérieur et de l'éducation de ses filles ; celles-ci appréciaient leurs parents et le climat chaleureux de la maison ; elles avaient à cœur de réussir à l'école, espérant entreprendre plus tard les études que leurs parents n'avaient pas eu la chance de pouvoir suivre.

Le licenciement de Louis remet en cause cet équilibre. Pour des raisons matérielles, bien sûr ; mais surtout en raison de ses conséquences psychologiques. Louis se sent menacé dans sa place et son statut de chef de famille ; du coup, l'image qu'il a de lui-même et son identité sont profondément atteintes. La communication entre sa femme et lui est complètement perturbée car aucun n'est plus à la place qui était la sienne et comprend mal les réactions de l'autre. Claire pense que Louis se laisse aller, qu'il manque de ressorts ; elle est déçue et se sent trahie : elle avait toujours considéré Louis comme un homme fort pour lequel elle avait beaucoup d'admiration, et tout à coup, elle a le sentiment d'avoir été trompée. Louis est blessé par le manque de compréhension de sa femme ; il estime qu'elle ne l'aime pas vraiment, qu'elle cherche à l'humilier en prenant un travail qu'il juge, de plus, dévalorisant. Jessy est la plus perturbée. Son père était un peu son idole, et tout à coup, cette idole s'écroule ; elle ne supporte pas de le voir rabaissé et impuissant. Elle travaillait beaucoup au collège pour répondre à ses attentes et lui plaire, et maintenant tout cela n'a plus de sens pour elle. Elle en veut énormément à son père de la décevoir, mais ne pouvant lui exprimer directement son désarroi, elle tourne son agressivité contre ses enseignants. Elle a honte aussi que sa mère travaille comme caissière, ce que ses camarades de collège ont pu constater. C'est l'image de ses deux parents qui est atteinte et, à travers eux, sa propre image à un moment — l'adolescence — de particulière vulnérabilité. Sa tentative de suicide est un appel au secours, un essai désespéré pour rétablir l'unité et l'homéostasie familiales particulièrement menacées par l'intention de Claire de demander le divorce.

On peut constater ainsi comment un changement dans le système familial (le chômage du père) entraîne toute une série de perturbations en chaîne dont aucun des membres ne sort indemne. Si Jessy fait figure de « patiente désignée », on voit bien que ses symptômes ne sont que l'expression du mal-être familial et une tentative extrême pour rétablir un équilibre bouleversé.

La signification du symptôme

Dans la perspective systémique, le symptôme n'a pas la même signification qu'en psychanalyse :

« Dans cette orientation de pensée, la définition même du symptôme change : il n'est plus seulement l'expression d'un conflit intrapsychique, rattaché à la seule économie personnelle d'un sujet, mais bien l'émergence d'un dysfonctionnement groupal, à rattacher à l'économie familiale tout entière, donc à une dimension interpersonnelle. » (Dollé-Monglond, 1998, p. 32)

Il ne s'agit pas de nier la signification individuelle du symptôme, mais d'accorder à celui-ci une double valence : l'une qui se réfère aux conflits intrapsychiques et l'autre qui résulte des conflictualités relationnelles¹. À ce second niveau, le thérapeute va se poser les questions suivantes : quel est l'impact de ce symptôme sur les relations de la famille ? À quoi lui sert-il ? Quels bénéfices (secondaires) en tire-t-elle ? Quels conflits le symptôme permet-il de révéler ou, au contraire de masquer ?

Dans la famille Dubois, le père, JACQUES, et la mère, MARIE, sont dans un rapport constant de pouvoir mais ils le déniaient. Jacques envoie à sa femme le message « Tu dois vouloir ce que moi je veux » et sa femme y répond par le message « Je veux bien t'obéir si tu ne me donnes pas d'ordres » ; il s'ensuit des discussions interminables où le conflit est sous-jacent mais dénié et le rapport de forces, occulté. En ce qui concerne l'éducation de leur fils Luc, ils ne sont d'accord sur rien, sinon sur le fait qu'il ne faut jamais étaler leur désaccord ; ce qui brouille complètement les messages éducatifs adressés à l'enfant et rend ce dernier instable, capricieux, provocateur tant il cherche à contraindre ses parents à se positionner clairement. Lorsque le climat familial est trop tendu, Jacques « fait une dépression ». Du coup, toute la famille s'inquiète de son état. Marie s'efforce d'arrondir les angles « puisque Jacques est si mal » ; Luc se comporte comme un gentil garçon « pour ne pas faire de peine à papa qui est malade ». La famille se sent enfin unie et protégée des conflits latents.

LES DÉMARCHES THÉRAPEUTIQUES

Les démarches thérapeutiques qui s'adressent à la famille présentent une très grande diversité (Elkaïm, 1995). Faute de pouvoir toutes les présenter ici, nous nous centrerons, en nous appuyant sur quelques exemples, sur les pratiques inspirées par l'école de Palo Alto qui reste la référence principale en matière de thérapie familiale.

Alors qu'il avait été un élève brillant, ERNESTO, âgé de dix ans, se retrouve le dernier de sa classe ; il n'a plus de camarades, vit replié sur lui-même ; il marche un peu courbé en avant, à petits pas comme certains vieux. Il parle d'une voix nasillarde de fausset ; il emploie des expressions inusitées et désuètes. Il a des hallucinations. C'est pourquoi la famille Lauro a décidé

1. On pourrait faire la même analyse pour les mécanismes de défense (cf. chap. 10).

de s'adresser au Centre pour l'étude de la famille, créé par la psychiatre et psychanalyste italienne Mara Selvini¹.

Le père apparaît comme un homme émotif à l'aspect un peu lourd. La mère, fine et soignée, montre au contraire un comportement contrôlé et détaché. D'après les parents, Ernesto a commencé à se replier sur lui-même à six ans, après la mort de son grand-père maternel ; mais ils ne s'inquiétaient pas parce que l'enfant travaillait bien à l'école. C'est après le départ d'une tante venue passer un mois chez eux qu'Ernesto a changé de façon subite.

Pendant la première séance, Ernesto s'assoit entre ses deux parents et répond aux questions par des phrases obscures et sentencieuses. La mère raconte qu'elle avait été très heureuse de la présence de sa belle-sœur avec qui elle pouvait parler ; elle apparaît comme la personnalité dominante de la famille ; le père a de la peine à assumer un rôle viril.

À la fin de la séance et après que l'équipe a été consultée, le thérapeute, un homme, communique ses conclusions : « Nous nous adressons à toi, Ernesto, pour te dire que tu es en train de faire une très bonne chose. Nous avons compris que tu considérais ton grand-père comme le pilier central de la famille [...] ; lui disparu, tu as craint que quelque chose ne change. Alors tu as pensé assumer toi-même le rôle du grand-père [...]. Il est bien que tu continues ce rôle que tu as assumé spontanément. »

Cette intervention vise à confirmer le comportement d'Ernesto (c'est une forme de « connotation positive ») ; elle souligne son rôle dans la cohésion et l'équilibre de la famille (menacé par la mort du grand-père, la faiblesse paternelle et l'alliance menaçante entre la mère et la belle-sœur) ; elle déculpabilise les parents (Ernesto assume son rôle de « fou » de lui-même, spontanément). Cette manœuvre peut être encore décrite comme une *prescription du symptôme* : en demandant à Ernesto de conserver son symptôme et de le mettre en actes, le thérapeute manifeste à l'égard de ce dernier une attitude « permissive » qui, en elle-même, peut déjà avoir un effet curatif et fait que le patient se sent accepté et confirmé. Mais plus profondément, elle constitue une *injonction paradoxale* : en sollicitant du jeune garçon qu'il adopte un comportement jugé jusque-là spontané, le thérapeute place celui-ci dans une situation paradoxale : ou il obéit au thérapeute et son symptôme n'est plus spontané ; ou il ne suit pas l'injonction et renonce à son symptôme.

À la deuxième séance, Ernesto abandonne son attitude de vieillard ; il a de nouveau de bons résultats à l'école et n'a plus d'hallucinations. Mais tous ses problèmes ne sont pas résolus pour autant. Ernesto continue, quand il n'est pas à l'école, à rester cloîtré à la maison : il refuse de sortir, de jouer avec les autres enfants et lit sans arrêt, couché sur son lit. Ses parents se relaient pour essayer de le distraire et de le faire jouer. À la sixième séance, les thérapeutes demandent aux parents de suspendre les médicaments

1. Cf. Selvini-Palazzoli et coll., 1978. Dans son centre, M. Selvini a mis en œuvre une démarche de thérapie familiale inspirée directement du modèle systémique. L'exemple présenté ici est emprunté à cet ouvrage.

prescrits par le neurologue ; mais le comportement de l'enfant s'aggrave et les parents commencent alors à lui redonner des médicaments.

À la septième séance, Ernesto manifeste une attitude stupide et infantile, se tient à l'écart et semble ne plus coopérer ; les parents sont très anxieux et demandent aux thérapeutes s'ils se comportent bien avec l'enfant. Les thérapeutes indiquent que cela n'a pas d'importance. Le problème essentiel est entre eux et Ernesto ; ce dernier a compris que les thérapeutes désirent qu'il grandisse ; mais s'il suit leur désir il ne grandit pas, puisqu'il leur obéit comme un enfant. À ce moment, Ernesto les interrompt, soudain très animé : « Vous êtes en train de dire que si je grandis comme les autres l'attendent de moi, effectivement je ne grandis pas, parce que je ne fais pas ma déclaration d'indépendance ! ». Le thérapeute confirme ce qu'explique Ernesto. Mais celui-ci se tourne alors agressivement vers le thérapeute : « Mais alors, qu'est-ce que je dois faire avec les médicaments ? » Le thérapeute réplique : « Décide toi-même si tu les prends ou non. » Et Ernesto s'exclame : « Eh bien alors je ne les prendrai plus ! »

Un *recadrage* du comportement a ainsi permis au petit garçon de sortir du paradoxe négatif dans lequel il était enfermé (« si j'obéis à mes parents, je reste un enfant et je ne grandis pas ; si je m'oppose à leur désir que je grandisse, je ne grandis pas »). Ernesto ne peut alors que choisir d'être réellement indépendant, c'est-à-dire de ne plus faire dépendre son comportement de celui de ses parents. Et c'est lui-même qui décide de ne plus prendre ses médicaments.

C'est donc en « soignant » la famille dans son ensemble et en considérant celle-ci comme un système complexe de relations que l'équipe thérapeutique est arrivée à résoudre les problèmes d'Ernesto.

Agir sur le système de communication

La thérapie familiale repose, comme on l'a vu, sur une hypothèse centrale : la famille est un système dynamique autorégulé. Cela signifie qu'elle n'est pas une simple addition d'individus ou de rôles ; elle se définit comme un ensemble relativement stable de *relations* qui commandent les rapports quotidiens entre ses membres. Tout comportement (verbal ou non verbal) des parents ou des enfants est une communication qui provoque un autre comportement en retour. Les paroles échangées, les attitudes, les mouvements affectifs sont les éléments d'un système de transactions qui obéit à des règles précises, bien que le plus souvent non formulées.

De cette hypothèse de base en découle une autre : dans les familles au sein desquelles un ou plusieurs membres présentent des troubles psychologiques, ceux-ci sont liés aux modes d'interaction propres à ces familles. Ce n'est donc pas tel ou tel individu qui est « malade », mais le système familial de communication. Dès lors, il ne faut pas soigner, comme le font les thérapies classiques, le *patient désigné* (celui qui porte en quelque sorte la « folie » du système familial), mais changer les règles du jeu des échanges familiaux.

Les systèmes vivants, on l'a souligné aussi, sont caractérisés par deux fonctions apparemment contradictoires : la recherche de stabilité (ou tendance homéostatique) et la capacité d'évolution et de changement. L'observation montre que les systèmes pathologiques sont dominés par la première tendance et répètent de façon compulsive les solutions de type homéostatique. C'est pourquoi, dans le cas de la famille, lorsqu'un tel système est confronté à un changement interne (naissance, adolescence des enfants, deuil...) ou externe (modification du contexte socioculturel, changement professionnel, déménagement...), une crise peut se produire qui risque de se traduire par la décompensation psychique de l'un de ses membres, moyen ultime de maintenir inchangé l'équilibre du système.

À partir de ces hypothèses, l'école de Palo Alto a élaboré notamment la notion de *familles à transaction schizophrénique*. Les recherches ont montré en effet que les familles dans lesquelles un enfant a des comportements diagnostiqués comme schizophréniques, présentent des caractéristiques communes dans les modes de communication. Le « jeu » fondamental qui régit les relations à l'intérieur de ces familles est une sorte d'*escalade symétrique*, à la fois toujours présente et toujours déniée. Les membres de la famille n'arrivent pas à une définition claire et réciproque de leurs rôles et de leurs relations ; la réaction dominante face à l'autre est le refus : refus d'accepter la définition que l'autre donne de lui-même (*disconfirmation*) ; refus aussi de reconnaître les attitudes affectives qui se manifestent dans les rapports entre les membres (agressivité, haine, amour, dépendance...). Chacun des partenaires a un immense désir de se voir accepté et confirmé dans l'image qu'il se fait de lui ou dans ses comportements, désir d'autant plus impérieux qu'il est constamment frustré ; mais en même temps, il ne peut prendre le risque d'exprimer ce désir, car ce serait s'exposer à un refus ou à une disconfirmation. Ainsi chacun veut secrètement l'emporter sur l'autre, mais dénie en même temps ce désir ; chacun veut faire reconnaître son identité, mais est amené à nier celle de ses partenaires pour ne pas leur laisser l'avantage.

Une manifestation centrale de ce mode relationnel, illustrée par le cas d'Ernesto, est ce que l'école de Palo Alto a appelé la *communication paradoxale* : une même personne émet deux injonctions (par exemple un message verbal et un message corporel) dont l'une annule l'autre, sans que l'interlocuteur puisse décider laquelle des deux il faut suivre. C'est la notion de *double contrainte* (*double bind*) dont Gregory Bateson a montré l'importance dans la compréhension de la schizophrénie¹. Ainsi, la mère va manifester de l'hostilité ou du repli lorsque l'enfant recherche son contact ; mais lorsque l'enfant perçoit ce comportement et y répond par de l'agressivité ou de l'angoisse, elle lui exprime de l'affection et lui reproche ses sentiments (« tu n'es pas gentil, tu n'aimes pas ta maman »).

1. Cet aspect a déjà été abordé dans le chapitre 8.

La mère dénie de la sorte son hostilité envers l'enfant et met en cause la réalité des perceptions de ce dernier. Dans tous les cas, l'enfant est profondément frustré : qu'il se sente repoussé, qu'il soit culpabilisé dans ses sentiments ou qu'il se trouve nié dans ses perceptions. Cette expérience relationnelle, lorsqu'elle est répétée quotidiennement, entraîne le plus souvent le repli, la confusion, la perte du sentiment d'identité et de réalité, symptômes majeurs de la schizophrénie.

Dans cette perspective, ce qui apparaissait comme une conduite obscure, aberrante, aliénée, devient beaucoup plus compréhensible : d'une certaine façon, la schizophrénie est un comportement « adapté » à une certaine situation. En même temps, c'est un moyen de maintenir le *jeu sans fin* dont la famille est prisonnière. Un bref exemple :

La famille LEMAIRE vit depuis plusieurs années dans un climat de tension du fait des dissensions conjugales. Mais les problèmes se sont accentués quand Anne, la fille aînée, particulièrement choyée par sa mère, a quitté le domicile familial, avec l'accord de ses parents, pour une chambre d'étudiante. Peu à peu sa mère a eu des ennuis de santé et a sombré dans la dépression. Le père s'est fortement investi dans son travail et a semblé ne plus s'intéresser à sa fille et à son foyer. La petite sœur, dont Anne s'occupait beaucoup, l'aidant notamment dans son travail scolaire, a vu ses résultats chuter et a dû redoubler sa classe. Soudainement Anne développe une tendance au mysticisme et présente un comportement inquiétant. La mère insiste beaucoup pour qu'elle revienne à la maison ; ce que la jeune fille finit par accepter « pour s'occuper de sa mère et de sa sœur ». La mère quitte alors son emploi « pour se dévouer entièrement à sa fille » dont les troubles se sont aggravés. Le père, très angoissé, se reproche de ne pas s'être suffisamment intéressé à sa fille ; il s'efforce avec sa femme de la faire soigner et de l'aider. Désormais, la vie de toute la famille tourne autour de la « maladie » d'Anne qui reste cloîtrée chez elle, coupant toute relation avec l'extérieur.

La perspective systémique consiste à rapprocher tous ces éléments et à comprendre les comportements des différents membres comme autant de messages se répondant les uns aux autres et tendant à maintenir l'homéostasie familiale. L'attitude de la mère tend à signifier à sa fille : « Sois autonome ; mais si tu me quittes, tu seras responsable de ma maladie et de ma dépression. » Celle du père peut s'interpréter comme : « Puisque tu veux être indépendante, je ne m'intéresse plus à toi. » Celle de la petite sœur : « Si tu ne t'occupes plus de moi, je vais échouer. » Les troubles d'Anne peuvent être appréhendés comme la résultante des pressions familiales qui la culpabilisent de son départ alors que ses parents avaient semblé l'encourager ; mais aussi comme une façon de ressouder la famille dans une dépendance mutuelle qui fait échec au danger d'éclatement du système. Ils peuvent signifier : « Je me sacrifie pour sauver la famille, mais voyez à quel prix ! »

L'effort thérapeutique va consister à bloquer le jeu familial, à sortir des injonctions paradoxales pour aboutir à une définition claire et réciproquement acceptée des relations au sein de la famille ; enfin, de permettre à chacun d'accéder à plus d'autonomie sans se sentir culpabilisé.

Le dispositif thérapeutique

L'école de Palo Alto a mis en place un dispositif thérapeutique complexe qui a servi de modèle aux thérapies familiales mais qui est susceptible aussi de multiples variantes.

Le premier appel téléphonique fournit déjà de nombreuses indications : quelle est la personne qui a appelé ? Quelles raisons invoque-t-elle ? Quel est le ton de sa voix ? Qu'attend-t-elle de la thérapie ?

La thérapie est souvent conduite par un « couple » de thérapeutes.

Les séances (une dizaine, en général, à raison d'une par mois) réunissent de préférence toute la famille (tous les membres vivant sous un même toit). Elles se déroulent – dans la forme canonique — dans une pièce équipée de nombreux fauteuils, d'un appareil d'enregistrement, et séparée d'une salle d'observation par une glace sans tain. Bien entendu, ce dispositif est présenté et expliqué aux patients. Le couple thérapeutique interagit avec la famille pendant qu'un autre thérapeute suit la séance depuis la salle d'observation.

Chaque séance comporte cinq phases. L'équipe se réunit d'abord afin de se remettre en mémoire les réflexions notées lors du dernier contact. La seconde phase, d'environ une heure, implique la famille et le couple thérapeutique ; ce dernier sollicite des informations, mais intervient surtout pour provoquer des transactions entre les membres de la famille ; c'est un moyen pour rendre explicites les modes de relation prévalant dans le système familial et mettre en lumière les jeux dominants qui commandent ces relations. Le couple thérapeutique s'abstient de tout jugement, interprétation ou explication. Un autre thérapeute peut suivre la séance en salle d'observation et intervenir auprès du couple consultant.

Dans une troisième phase, l'équipe se réunit en dehors de la famille, discute de la séance et formule une conclusion. Cette conclusion est transmise dans un quatrième temps à la famille sous forme d'un bref commentaire ou d'une prescription que celle-ci devra suivre entre deux séances. Enfin, l'équipe se réunit à nouveau pour commenter les *rétro-actions* provoquées par la conclusion (effets sur le fonctionnement du système familial) et rédiger un procès-verbal de séance¹.

L'équipe thérapeutique ne mène pas une action pédagogique pour corriger les relations jugées par elle inadaptées ; elle ne cherche pas nécessairement une prise de conscience, par les membres de la famille,

1. Bien entendu, il s'agit là d'un modèle type qui, dans la pratique, peut donner lieu à de nombreuses variations.

de leurs problèmes personnels ; elle n'apporte pas d'explications rationnelles sur les relations et les jeux familiaux. Elle met en œuvre des *stratégies d'intervention* visant à dévoiler et à atteindre le point nodal du système. Le point nodal est celui dont le déplacement provoque un maximum de changement dans le fonctionnement familial avec un minimum de dépense énergétique. Chaque intervention et les rétroactions qu'elle provoque doivent conduire à s'approcher toujours plus de ce centre de l'équilibre homéostatique sans susciter de réactions de défense trop vives.

Les stratégies thérapeutiques

Elles impliquent plusieurs outils. Le premier est la *connotation positive* (utilisée, comme on l'a vu, dans le cas d'Ernesto), « règle d'or » de la démarche systémique. Il s'agit, pour les thérapeutes, de manifester leur acceptation et de confirmer les comportements des membres de la famille. En affirmant, par exemple, que ces comportements sont inspirés par l'objectif commun de maintenir l'union et la cohésion du groupe, ils mettent tous les membres sur le même plan. Cela évite de centrer l'attention sur le patient désigné et d'être entraîné dans les divisions et les coalitions qui déchirent la famille. C'est aussi une façon d'éviter les jugements moraux et la culpabilisation des parents. En définissant la cohésion du groupe comme une bonne chose, le thérapeute rassure la famille et la rend plus apte à accepter le changement (« pour changer, il faut sembler ne pas vouloir changer »).

On a vu que les interventions thérapeutiques font appel aussi au *recadrage* (façon de changer la signification subjective d'une situation), à l'*injonction paradoxale* ou aux *prescriptions*.

Parmi les prescriptions formulées par les thérapeutes, les *rituels familiaux* occupent une place importante. Il s'agit de conduites formalisées, définies par l'équipe thérapeutique, et que la famille est invitée à exécuter rigoureusement entre deux séances. Les rituels ont pour fonction d'amener à expérimenter de nouvelles formes d'interaction qui, étant en contradiction avec le jeu familial, vont entraîner sa désagrégation en dehors de toute explication verbale et de toute critique de ces normes, qui auraient pour effet de les renforcer. Donnons encore un exemple¹ :

La famille CASANTI vient consulter au centre en raison de l'état de leur fille Nora qui, à quinze ans, est un véritable squelette ambulant et présente un comportement anorexique et psychotique. Cette famille vit depuis trois générations sur le « mythe » du clan Casanti : c'est une grande famille où même les cousins sont de véritables frères et où tous sont solidaires dans une unité indéfectible. Les thérapeutes comprennent que ce mythe empêche en fait toute communication véritable, toute expression

1. Extrait, lui aussi, de l'ouvrage cité de Selvini-Palazzoli (1978).

authentique des sentiments réels (notamment de la jalousie entre Nora et sa cousine Luciana) et toute autonomie du couple vis-à-vis du clan. C'est pourquoi, à la dixième séance, il propose à la famille restreinte (les parents et les deux filles) le rituel suivant : pendant deux semaines avant la prochaine séance, et chaque soir des jours impairs, ils devront fermer la porte de l'appartement à clef et prendre place autour de la table. Au centre, on mettra un réveil. Chaque membre à tour de rôle aura quinze minutes pour exprimer ses sentiments à l'égard des membres du clan ; si quelqu'un n'a rien à dire, il restera silencieux durant le temps qui lui est réservé ; pendant qu'une personne parle, les autres ne doivent en aucun cas l'interrompre ou faire des commentaires ; de même, il est interdit de reprendre ce qui a été exprimé en dehors du temps rituel.

Ce rituel a, pour les thérapeutes, plusieurs objectifs : délimiter la famille nucléaire comme unité distincte du clan ; redonner à Nora sa place et lui permettre de s'appuyer sur sa sœur ; confirmer le droit de chacun d'exprimer ses propres perceptions sans être contredit ou disqualifié.

Ce simple rituel a suffi pour mettre en échec l'impact pathologique du *mythe familial* ; il a rendu possible à la famille de remettre en cause la norme implicite qui sous-tendait les relations : « Qui dit du mal d'un membre du clan est méchant. » À la séance suivante, Nora est méconnaissable et a recommencé à manger normalement.

Ainsi, chaque intervention de l'équipe a un objectif clairement défini ; elle est mûrement réfléchie et peut être corrigée par une autre intervention si les rétroactions ne sont pas celles escomptées. Elle s'appuie sur une analyse précise des interactions et des dysfonctionnements familiaux.

Les stratégies thérapeutiques, si elles font donc appel dans la pratique à l'intuition et à la créativité du praticien, obéissent dans leur finalité à des techniques rigoureusement motivées dont on a évoqué certaines modalités (connotation positive, prescription du symptôme, contre-paradoxe, recadrage, rituels...). Elles sont donc interventionnistes et peuvent même paraître à certaines manipulatrices. À cette critique souvent formulée à l'égard de la démarche systémique, Mara Selvini répond : « Nous jouons contre le jeu et non contre ses victimes. » Il ne s'agit en rien d'une attitude cynique de détachement et d'insensibilité à la souffrance toujours profonde des patients. Mais elle ajoute : « La seule façon d'aimer nos clients est de ne pas les aimer. » Un paradoxe de plus...

LE COURANT PSYCHANALYTIQUE

En France où l'influence des approches freudiennes reste très forte, la thérapie familiale a été réinterprétée souvent en termes psychanalytiques.

Les analystes ont conservé certains éléments du dispositif systémique : présence en séance de l'ensemble du groupe familial (avec au moins deux générations) ; interventions sur les liens familiaux plus que sur les individus ; notions de « patient désigné » et de paradoxalité...

Mais au-delà de ces similitudes, ils ont opéré une transposition des paramètres de la cure psychanalytique à la situation de thérapie familiale : accent mis sur la dimension inconsciente des liens familiaux ; attention portée à ce qui s'est pensé plus qu'à ce qui s'est passé ; travail au niveau de la parole et des productions fantasmatiques (comme les rêves) ; perspective historique plus que synchronique ; prise en compte des mouvements transférentiels et contre-transférentiels...

Le transfert familial est défini par Alberto Eiguer comme « le commun dénominateur des fantasmes et des affects rattachés à la psyché commune ou à un objet du passé familial, et référé au thérapeute par déplacement ou projection¹ ». Le jeu du transfert et du contre-transfert est — comme dans la cure individuelle — un moyen d'actualiser dans la situation thérapeutique les problématiques inconscientes de la famille.

Ce courant a intégré aussi les développements théoriques et méthodologiques de l'approche « groupaliste » initiée par les travaux de Didier Anzieu et de René Kaës. Il reprend notamment les notions d'« appareil psychique groupal » appliqué à la famille, de résonance fantasmatique, d'organismes groupaux, de transfert et de résistances de groupe...

L'orientation psychanalytique a contribué en outre à réintroduire une perspective « transgénérationnelle » dans la thérapie familiale. Elle consiste à considérer que chacun des parents est porteur de la problématique qui a été celle de sa propre famille. Les caractéristiques relationnelles de la famille actuelle, tant dans la dynamique du couple que dans les rôles parentaux, sont la résultante des problématiques des familles d'origine ; elles constituent en même temps une tentative pour réparer ou contrebalancer les schèmes perturbateurs issus de ces familles. Dans un couple, par exemple, les partenaires peuvent être pris, dans une problématique d'« orphelinité » vis-à-vis de leur famille d'origine pour avoir vécu une perte ou une rupture de lien². Cette situation les amène à chercher dans l'autre un parent de substitution. La difficulté du partenaire à satisfaire des attentes symétriques (chacun voulant être pris en charge par l'autre) et les tensions qui en résultent suscitent le désir d'un enfant qui vienne combler le manque affectif ressenti par chacun. Il est alors demandé inconsciemment à l'enfant de tenir le rôle de parent de substitution, ce qui va entraîner une confusion des places et des générations, elle-même génératrice de perturbations pour l'enfant.

Ainsi y a-t-il répétition d'une génération à l'autre de ce qui est resté en souffrance, de ce qui n'a pu être élaboré, de ce qui a été tenu secret ou refoulé, des deuils pathologiques ou des traumatismes (*cf.* Tisseron et coll., 2000). C'est en libérant la parole et grâce à une élaboration

1. « La thérapie familiale psychanalytique » in Elkaïm, 1995, p. 145.

2. Exemple apporté par Andolfi dans Elkaïm, 1995, p. 124.

collective que la thérapie familiale peut désamorcer ce mécanisme de répétition intergénérationnelle.

Une question épistémologique peut cependant être adressée à la démarche psychanalytique : peut-on appliquer au groupe familial des concepts qui ont été élaborés en majorité pour rendre compte du psychisme individuel ?

Le psychanalyste René Kaës a essayé de répondre à cette question en proposant l'idée que le psychisme individuel se construit lui-même par intériorisation de la groupalité familiale. Il y a donc une homologie entre la psyché individuelle et la psyché familiale ; c'est cette homologie qui l'a autorisé à utiliser des notions comme celle d'« appareil psychique groupal ».

Une autre réponse est apportée par le psychanalyste Jean Lemaire qui propose une forme d'intégration entre l'approche psychanalytique et l'approche systémique (Lemaire, 1989). Il met d'abord en garde contre la tentation d'appliquer purement et simplement les concepts freudiens à un champ nouveau pour lequel ils n'ont pas été élaborés. Il appelle à :

« [...] réagir contre cet abâtardissement paresseux de la psychanalyse, trop conçue comme une théorie achevée du fonctionnement psychique, et non comme une méthode de recherche et de réflexion en cours de développement, ouverte ou à ouvrir toujours à des champs nouveaux. » (Lemaire, 1989, p. 23)

Il défend l'intérêt de l'approche systémique pour comprendre la famille, avec ses règles internes, ses modes de communication, ses frontières, ses distributions de rôles, de places, de missions, voire de symptômes, ses déterminismes transgénérationnels, ses régulations complexes... Autant d'aspects que la théorie systémique contribue à éclairer mieux qu'une autre.

Ces considérations l'amènent à remettre en cause l'idée d'utiliser tels quels en thérapie familiale les concepts classiques de la psychanalyse. Il interroge notamment les notions de « transfert familial » ou de « discours associatif » lorsqu'on a affaire à des communications familiales. Il s'agit donc moins de plaquer un mode de lecture sur un autre que d'articuler entre elles deux démarches qui peuvent se féconder mutuellement.

Évolutions

Depuis ses débuts, la thérapie familiale a connu une extension remarquable qui s'est accompagnée tout naturellement d'une diversification des théories et des pratiques. Mais si les thérapeutes familiaux diffèrent quant à l'appareil conceptuel et aux stratégies thérapeutiques qu'ils utilisent, ils se réfèrent très majoritairement à l'approche systémique. Celle-ci apparaît bien comme l'un des apports majeurs de ces dernières décennies.

Cependant, l'approche systémique n'est pas figée ; elle a elle-même évolué dans au moins deux directions importantes. L'une est théorique : on est passé d'une perspective comportementale, mettant l'accent sur l'observation des interactions manifestes, à une perspective « constructiviste » soulignant la nature subjective de la réalité. À travers les communications observables, le thérapeute s'intéresse aux interprétations qu'en donne chaque membre de la famille et à la façon dont cette signification subjective influence les relations.

L'autre évolution est pratique : le dispositif thérapeutique s'est assoupli dans le sens de l'adoption d'un cadre « à géométrie variable ». Le principe notamment de ne travailler qu'avec l'ensemble de la famille a été remis en cause, et les séances peuvent concerner, selon les besoins, la famille nucléaire, le couple parental, la fratrie ou même un seul membre. Ou encore la norme de dix séances n'est devenue qu'une moyenne, l'important pour le thérapeute étant d'adapter le dispositif et la durée à chaque situation clinique.

Chapitre 17

LES PSYCHOTHÉRAPIES DE GROUPE

LE GROUPE thérapeutique a connu un essor considérable dans les années 1960-1980, d'abord aux États-Unis, puis en Grande-Bretagne, enfin dans l'ensemble de l'Europe. En voici quelques repères :

- dans les années 1930, Moreno « invente » le psychodrame et la psychothérapie de groupe. Le groupe est décrit comme ayant une structure formelle et un socle inconscient. Il existe une cohésion *de* groupe et une capacité thérapeutique *du* groupe. Le rôle dans le jeu psychodramatique devient un concept empirique opératoire : sa mise en œuvre repose sur le principe d'action, la spontanéité, la catharsis, et l'improvisation comme zone d'intersection entre le réel et l'imaginaire ;
- dans la période 1940-1960, des psychanalystes jettent les bases d'une psychothérapie psychanalytique de groupe (Slavson et Foulkes aux États-Unis, Bion en Angleterre). L'interstructuration de l'individuel et du social est mise en avant ainsi que l'existence d'un inconscient collectif, idée qui avait déjà été avancée par Jung puis reprise par Freud (1912, p. 180) : « Nous postulons l'existence d'une âme collective dans laquelle s'accomplissent les mêmes processus que ceux ayant leur siège dans l'âme individuelle. » De plus, le groupe renvoie à la matrice maternelle et familiale primitive. S'y actualisent des fantasmes archaïques de dévoration, de morcellement, d'abandon, de castration, etc. (voir Anzieu, 1975) ;
- dans les années 1960 se développe le courant américain de la « psychologie humaniste ». Carl Rogers crée les groupes de rencontre, basés

sur la non-directivité, la capacité thérapeutique du groupe, le développement personnel, la centration sur l'« ici et maintenant », la spontanéité, l'authenticité et la stimulation de la communication. À l'institut d'Esalen, en Californie, on assiste au développement très créatif de nombreuses approches axées généralement sur l'implication du corps (selon Lowen, fondateur de l'analyse bioénergétique, « le corps ne ment pas »), l'autolibération, l'expression de soi, la recherche assumée de bien-être, les relations interpersonnelles, l'échange affectif... ;

- à la même époque, et toujours aux États-Unis, se développent les approches comportementalistes et le courant systémiste des thérapies familiales.

Il existe *différents types de groupes thérapeutiques* : groupes institutionnels (notamment dans les structures de soins) et groupes hors institutions ; groupes spécialisés (par exemple centrés sur les pathologies de la dépendance et de l'excès) et groupes généralistes (ouverts à des personnes souffrant de troubles divers) ; groupes continus (se réunissant régulièrement avec demande d'engagement sur l'ensemble des sessions, généralement sur une année) et groupes ponctuels ; groupes fermés (fonctionnant avec toujours les mêmes participants) et groupes ouverts (certains participants pouvant partir après une session, d'autres pouvant arriver) ; groupes résidentiels (les patients dorment sur le lieu de stage) et groupes non résidentiels ; groupes de parole et groupes avec activités ; groupes avec thérapeute et groupes autogérés... Enfin, on oppose parfois les thérapies *de groupe*, qui mettent l'accent exclusif sur les phénomènes collectifs, dynamiques et inconscients, et les thérapies *en groupe* qui sont la continuation dans un cadre groupal des thérapies individuelles. Certes cette distinction correspond à des prises de position théoriques et à des pratiques différentes mais dans la plupart des cas, c'est un mélange de ces deux registres qui constitue la réalité du travail effectué. Cette combinaison sera constante dans ce chapitre dans lequel les développements et les exemples concernent essentiellement des groupes continus de psychothérapie non institutionnelle pour adultes, ceux-ci étant engagés parallèlement et complémentirement dans une démarche de psychothérapie individuelle.

SPÉCIFICITÉS ET EFFETS DU GROUPE THÉRAPEUTIQUE

Face au thérapeute, le patient seul manque de repères pour se situer et évaluer la gravité de ses troubles, pour saisir sa singularité et apprécier son évolution. En groupe, au contraire, il découvre que chacun est confronté à des problèmes de vie, a développé des modes de protection et de défense semblables ou différents des siens. Au lieu d'être vécus dans l'isolement et la honte, les symptômes sont exprimés à l'intérieur d'une communauté fraternelle. Partager ses difficultés, écouter celles des autres, participer à leur investigation, vivre en commun des angoisses et

des conflits mais aussi des émotions et des rires dans un cadre sécurisé et contenant est une expérience originale. Cette situation a en elle-même une portée thérapeutique.

L'intégration dans un groupe permet une reprise de la construction identitaire. Cette reprise n'aboutit pas à une uniformisation des personnes, à un laminage des différences mais repose au contraire sur leur individuation, sur l'affirmation de leur singularité. Dans cet espace et ce temps thérapeutiques sont donc satisfaits les besoins d'appartenance et de similitude mais aussi l'exigence de distinction. C'est notamment ce qui rend le groupe si fécond.

Pendant les sessions groupales, les participants sont généralement invités d'une part à exprimer leurs pensées, leurs émotions, leurs réactions les uns vis-à-vis des autres (c'est ce qui caractérise la « dynamique de groupe »), et d'autre part à poursuivre thématiquement le travail entrepris en séances individuelles. C'est en étant attentifs aux modalités de leurs relations dans l'ici et maintenant de la situation groupale qu'ils vont poursuivre et affiner l'analyse de leur existence, de leurs fantasmes, de leurs besoins et de leurs défenses. La situation concrète et la présence physique des participants vont favoriser l'actualisation de comportements et de fantasmes qui peuvent alors devenir davantage conscients et modifiables, que ce soit dans l'immédiat d'une séance ou dans une perspective à plus long terme. L'expérience groupale permet souvent la reprise de certains contenus psychiques que la thérapie individuelle n'avait pas permis d'élaborer. Le groupe ouvre ainsi de larges possibilités d'investigation et de remaniement tout en étayant la structure psychique des individus qui le composent.

— QUELQUES PRINCIPES DU GROUPE THÉRAPEUTIQUE —

- **L'observation directe.** Le groupe est une sorte de « modèle réduit » de la vie quotidienne qui permet d'observer en direct comment chacun s'exprime, vit et interagit avec les autres.
- **Le principe de l'« ici et maintenant ».** On comprend et on modifie essentiellement les attitudes et les mécanismes qui s'expriment et s'actualisent dans la situation thérapeutique. Cette actualisation est fortement accentuée et accélérée en groupe.
- **La différenciation des niveaux de travail :**
 - Monde intrapsychique (fantasmes, désirs, symptômes, angoisses, défenses) comme en thérapie individuelle.
 - Vie interpersonnelle : toute perturbation psychique se traduit par des troubles communicationnels. Or, si l'intrapsychique n'est pas observable directement, la communication, elle, l'est. Elle constitue de ce fait un champ d'action privilégié.
 - Niveau groupal : la façon qu'a chacun de s'intégrer dans le groupe et la place qu'il y occupe est révélatrice de la posture subjective qu'il prend

dans son contexte quotidien ; le groupe apparaît comme une résurgence et une métaphore du groupe familial.

- **La mise en parallèle du discursif et du comportemental.** Dans le groupe, la parole et l'action sont mêlées. On peut notamment y étudier les dysharmonies, les discordances entre ces deux registres, et proposer des exercices ou des jeux de rôles qui permettent la compréhension et la modification des contrastes observés.
- **La socialisation du trouble.** Exprimer publiquement ce que l'on cache habituellement a en soi un effet thérapeutique car il apparaît que cette partie cachée est acceptée par les autres. Cela sort l'individu de son isolement et de son sentiment d'être « à part », d'être « anormal » et d'être jugé pour cela. Les normes et les valeurs du groupe thérapeutique sont en rupture avec celles qui prévalent dans la vie sociale : ce qui est valorisé ici, c'est l'acceptation de la faiblesse et de la vulnérabilité, la tolérance à la régression, la recherche d'authenticité, l'expression émotionnelle, la spontanéité des relations et des contacts.
- **La résonance psycho-affective et l'amplification émotionnelle.** L'expression en groupe comporte un effet de dramatisation, d'amplification, et favorise la catharsis, l'abréaction. La résonance est à la fois consciente et inconsciente chez la personne qui s'exprime mais aussi chez les autres participants, ce qui leur permet de partager une même problématique et de chercher ensemble des voies de dégage-ment.
- **L'expérience indirecte.** Observer chez les autres, à travers le phénomène de résonance, des fantasmes, des attitudes, des mécanismes de défense semblables aux siens permet de mieux les saisir et de mieux les comprendre car la compréhension pour autrui ne se heurte pas aux mêmes résistances que pour soi-même. En groupe, on se trouve en présence d'êtres humains qui ont eux aussi des problèmes et qui les affrontent ouvertement. Les fréquenter améliore l'acuité de l'auto-observation et renforce les capacités de dégage-ment, via l'identification aux autres.
- **La puissance contenante du groupe.** Le groupe permet un soutien mutuel, d'une part entre les individus qui le composent, d'autre part entre chaque membre et le collectif dans son ensemble. Si les angoisses qu'il induit arrivent à être dépassées, il est vécu comme un cadre sécurisant et une enveloppe contenante (un substitut de la bonne mère qui nourrit, réchauffe, apaise et du bon père qui anime, rassure, protège).
- **La pluralité des transferts.** Le groupe permet une diversité des transferts qui peuvent se porter non seulement sur le ou les thérapeutes, mais aussi sur les participants (c'est ce que l'on nomme les « transferts latéraux »), et sur le groupe lui-même. Cette possibilité de vivre l'actualisation d'émois et de fantasmes infantiles vis-à-vis des membres du groupe et du groupe dans sa globalité, le fait d'effectuer des projections et des déplacements, de pouvoir désirer, rejeter et s'attacher, tout cela permet l'émergence d'éléments du



monde interne qui parfois ne sont pas expérimentés lors des séances individuelles, du moins pas avec cette intensité-là et cette variété-là.

- **Les effets de *feedback*.** Chacun peut recevoir en retour des informations sur son mode d'être, du fait des résonances provoquées chez les autres qui, ici, peuvent les verbaliser. Cela crée un effet de miroir généralement bien accepté car provenant d'un groupe de pairs bienveillants. Les participants sentent très vite si ce qu'exprime l'un d'eux est une façade défensive. Ils s'encouragent mutuellement à laisser tomber leurs masques et à exprimer leur vérité profonde.
- **La resocialisation.** Le groupe opère un changement de contexte et de valeurs par rapport à la vie quotidienne, ce qui favorise un déconditionnement et un assouplissement des défenses inadaptées ainsi que l'apprentissage d'attitudes plus adéquates.
- **La dynamique du groupe.** La dynamique spontanée du groupe (comme Foulkes et Rogers l'ont montré) tend à induire un changement chez les participants par l'effet d'entraînement, d'activation et de partage qu'elle provoque.

Tous ces effets militent en faveur du groupe thérapeutique car chaque patient gagne à communiquer avec d'autres personnes se trouvant également dans une recherche sur elles-mêmes. Il a néanmoins besoin d'être régulièrement seul avec son psychothérapeute ; c'est pourquoi la combinaison des séances individuelles et des sessions groupales apparaît souvent judicieuse. Lors des rencontres groupales, chacun va pouvoir vivre l'expérience implicate d'être soi en présence d'autrui. L'autre est-il un ennemi ou un allié ? Un danger ou une sécurité ? Un frein à la liberté ou une aide à la libération ? Le groupe thérapeutique aide chacun à s'exprimer, s'affirmer, se confronter et se construire par la mise en place de liens qui ne sont ni captatifs ni indifférents. Sont soutenues et vécues la sollicitude respectueuse et la proximité créative. Ainsi le groupe est-il soutenant et activateur. C'est un espace privilégié pour travailler le lien relationnel et la séparation psychique. Ce « travail » s'effectue dans les différents registres corporel, sensoriel, émotionnel et psychique du vécu :

« Le travail implique non seulement des dépenses d'énergie de transformation mais aussi des dépenses d'énergie contre la transformation ; autrement dit, le corrélat de la dépense de travail est une défense contre le travail, une résistance à cette transformation » (Kaës, 1982, p. IX).

Ces résistances à l'évolution et ces défenses contre le processus tiennent généralement moins longtemps en groupe du fait de la recherche d'authenticité et du soutien mutuel qui le caractérisent.

Le groupe permet la satisfaction des besoins d'écoute, de compréhension et de tendresse tout en visant l'affrontement des mécanismes qui amènent nombre de personnes à parasiter, voire saboter leur vie affective prise dans les rets de scénarios douloureux et répétitifs. Ce processus est

fait d'implication et de retrait, de continuités et de ruptures, de répétition du même et de création du différent, dans une dynamique globale où les positions individuelles et les mouvements collectifs s'influencent, s'entremêlent et s'interstructurent.

Donnons-en un exemple concret.

Corinne et la féminité

Cet exemple s'inscrit dans le contexte suivant : il s'agit d'un groupe continu de psychothérapie intégrative animé par un psychothérapeute qui est essentiellement influencé par la psychanalyse freudienne, la bio-énergie, la gestalt-thérapie, le psychodrame et l'approche systémique. Ce groupe qui comprend une dizaine de participants se réunit une soirée tous les quinze jours entre septembre et juin. Corinne appartient à ce groupe depuis deux ans et poursuit une psychothérapie individuelle avec ce même thérapeute depuis trois ans (une séance individuelle toutes les deux semaines en alternance avec la session groupale).

C'est une femme d'une trentaine d'années qui passe très rapidement du rire aux larmes même si c'est la tristesse qui domine assurément son existence. Ses potentialités de joie et d'amour sont évidentes pour les autres mais elle imagine mal pouvoir être bien dans sa peau et, par exemple, être heureuse dans sa vie sentimentale : « Ça serait vraiment une révolution, dit-elle, mais c'est pas pour moi. » Physiquement, elle est assez grande, blonde et plutôt gracile.

Ce soir-là, elle déclare avoir mal au ventre, qu'elle sent gonflé. Elle ajoute qu'elle n'a plus ses règles depuis plusieurs mois et parle de sa mère dont la féminité affichée (vêtements, maquillage, comportement général) est pour elle source à la fois de désir : « Elle est bien dans son corps et elle attire les hommes », et de gêne : « C'est trop voyant, presque obscène. » Invitée à s'exprimer plus avant, elle associe avec sa grand-mère, décédée il y a dix ans. Cette femme, qui s'est beaucoup occupée d'elle quand elle était enfant, est vécue comme « très protectrice et rassurante mais son physique est beaucoup moins sexy, c'est d'abord une grand-mère ! ». Le psychothérapeute lui suggère de la décrire : « Je vois son ventre qui était rond, plutôt gros, gonflé, comme si elle était perpétuellement enceinte. » Le thérapeute lui propose alors la situation suivante : « Je t'invite à venir au centre du groupe et à choisir une femme qui représente soit ta mère, soit ta grand-mère. Vous allez toutes les deux vous mettre ventre contre ventre et nous verrons ce qui se passe. »

Après lui avoir demandé si elle était d'accord pour effectuer ce travail, il lui demanda de choisir une femme dans le groupe. Corinne : « Je vais demander à Jocelyne, elle a un ventre qui me fait penser à celui de ma grand-mère. » Après avoir obtenu l'accord de Jocelyne, le thérapeute les amena donc dans le centre du groupe et proposa à Corinne de venir accoler son ventre à celui de Jocelyne, ce qu'elle fit. Rapidement, elle sentit un inconfort et dit qu'elle préférerait que le contact s'effectue peau contre peau et non pas vêtement contre vêtement. Jocelyne étant d'accord, elles soulevèrent toutes les deux leur chemisier ou tee-shirt respectif, jusqu'au

diaphragme, et reprirent le contact ventral. Corinne fut immédiatement émue. Elle laissa les larmes s'écouler sur ses joues et tomber sur leurs ventres :

CORINNE. — Elle a toujours été douce avec moi ; quand elle est morte, c'est comme si une partie de moi mourrait aussi.

LE THÉRAPEUTE. — Que ressens-tu au niveau du ventre ?

C. — Je sens des fourmillements. J'ai une image, c'est comme si j'avais un oiseau enfermé dans mon ventre.

T. — Tout en restant en contact, imagine que l'oiseau puisse sortir de ton ventre et aller dans celui de ta grand-mère, que représente Jocelyne.

C. — Mais s'il y va, je vais le perdre... (*ses larmes redoublent d'intensité*).

T. — Pas forcément. Il peut aller dans son ventre puis revenir dans le tien. C'est ce que je te propose de visualiser. Ce voyage d'un ventre à l'autre, tu peux le vivre plusieurs fois.

Un silence de plusieurs minutes s'installe pendant lequel, visiblement, Corinne est concentrée sur cet exercice, les autres membres du groupe étant dans l'accueil respectueux de ce qui est en train de se dérouler.

T. — Je te propose maintenant de garder l'oiseau dans ton ventre puis de te séparer de ta grand-mère.

C. — Je ne peux pas, ce contact est trop bon, je ne veux pas la quitter.

T. — Garde le contact encore quelque temps puis tu vas décoller ton ventre mais tout doucement, sans aucune violence, au rythme dont tu as besoin.

C'est ce que fit Corinne avec beaucoup de précautions et toujours beaucoup de larmes de tristesse. Quand la séparation physique fut effectuée, le thérapeute remercia Jocelyne qui rejoignit sa place puis demanda à Corinne comment elle se sentait et ce qu'elle comprenait de cet échange.

C. — Je me sens tranquille, même si je pleure. C'est tellement nourrissant ce lien corporel. Je crois que mes accès de boulimie, c'est quand je n'ai pas ça, c'est quand ça me manque. Et ça me manque souvent [...] J'ai des photos de ma grand-mère dans une vieille boîte à chaussures. J'ai envie d'en sortir une, de l'encadrer et de la mettre dans ma cuisine.

T. — Cela me semble en effet une bonne idée. Sa présence peut t'aider à avoir moins de crises de boulimie et aussi à mieux assumer ta féminité.

Corinne retourna alors prendre sa place dans le cercle et le thérapeute demanda au groupe s'il y avait des résonances chez les autres participants. Il y en avait et un temps fut pris pour leur expression et leur partage avant de poursuivre avec le travail d'un autre participant.

La mise en acte dans le cadre groupal a permis à Corinne de mieux percevoir son identification difficile car ambivalente à une mère sexuellement en demande ainsi qu'une identification physique et affective profonde, et moins équivoque, à sa grand-mère. Comme souvent, le groupe fonctionne ici

« comme contenant et comme lieu d'une figuration possible des systèmes de relations d'objets internes, mais aussi comme l'opérateur de transformations intrapsychiques, à travers la gestion groupale momentanée de ces formations externalisées » (Kaës, 1982, p. XIII).

Le fait que Corinne ait retrouvé ses règles dans les heures qui ont suivi cette séance indique que la transformation qui s'opère n'est pas seulement psychique mais intéresse l'être dans sa globalité, dans les différents registres du vécu. Signalons toutefois que cette levée rapide du symptôme est certes spectaculaire mais presque anecdotique. Le thérapeute ne visait pas directement cette disparition de l'aménorrhée, qui était une plainte parmi d'autres, mais plutôt la mise en circulation psychique, corporelle et relationnelle d'une thématique qui était figée à l'intérieur de la patiente. Il arrive bien sûr que le symptôme s'en trouve levé mais cela advient de surcroît, en lien avec le réaménagement psychique recherché.

EXPÉRIENCES GROUPALES ET REMANIEMENTS IDENTITAIRES

Le processus de changement est favorablement influencé par la situation groupale qui permet au patient d'effectuer des expériences variées et ainsi d'actualiser et de pouvoir partager son vécu dans divers registres expressifs. Il peut alors s'ouvrir davantage à la richesse et à la complexité de celui-ci. Beaucoup de patients sont aux prises avec des images déformées d'eux-mêmes. Ils se réduisent à des caractéristiques négatives et pensent, de manière projective, que les autres vont les juger et les rejeter quand ils auront perçu ces « défauts ». Ce n'est pas une des moindres qualités du groupe que d'aider ces personnes, et elles sont nombreuses, à se considérer avec plus de distance et surtout plus de justesse.

Le groupe est aussi une situation adaptée à la mise en perspective et à la différenciation du monde interne et de la réalité extérieure. Le jeu psychodramatique par exemple permet une distanciation du patient d'avec ses productions imaginaires par le repérage et la figuration de celles-ci. Le travail qui s'effectue est double : d'une part une progressive désintrication d'avec les personnages prégnants de l'enfance, essentiellement les parents mais aussi toute autre personne ayant joué un rôle essentiel dans la vie du patient. Celui-ci repère les identifications dont il est plus ou moins prisonnier. Non seulement il en parle mais il les figure dans le cercle groupal. Il peut ainsi s'en différencier et percevoir comment elles habitent son espace psychique et influencent ses conduites. D'autre part, cette reconnaissance de ce qui le hante et l'anime, et que souvent il projetait dans le monde extérieur pour s'en préserver, mène à un démasquage de ces mécanismes projectifs et à une réappropriation consciente des éléments à conserver. Car dans ces personnages de l'histoire et dans les situations du passé, tout n'est pas à critiquer et à rejeter. Il convient d'effectuer un tri bénéfique de ce qui est effectivement à dépasser et de ce

qui au contraire est à protéger et même à développer car précieux. Travail donc de repérage, de distanciation séparatrice et de conscientisation de ce qui est nocif et de ce qui est juste dans ces identifications anciennes. Le patient n'en est alors plus le jouet, il est moins parasité par ces parties de lui-même qui jusqu'à présent le persécutaient de l'intérieur.

« Je suis comme ça, c'est mon caractère, c'est tout », disent certains pour exprimer leur désarroi et leur sentiment d'impuissance. Il leur faut comprendre qu'ils ne sont pas seulement porteurs des conflits qui les terrassent, ils en sont aussi l'auteur. Et c'est pour cette raison qu'on peut les aider à affronter le défaitisme qui les invalide, et la passivité qui l'accompagne. Dans le théâtre interne, tout n'est pas déjà écrit, tout n'est pas déjà joué. L'instauration d'une nouvelle façon de percevoir permet de concevoir autrement la suite d'un parcours. Les identifications aliénantes n'étant plus l'expression d'un destin implacable, le mouvement de maturation et d'autonomisation s'en trouve relancé. Est notamment visée

« la remise en fonctionnement des capacités préconscientes du sujet en ce qu'elles ont de potentialités intégratives des mouvements pulsionnels inconscients qui les animent et aussi des figurations manifestes du conscient qui tendent à les écraser, voire les abolir. » (Kerstemberg et Jeammet, 1987, p. 101)

En d'autres termes il s'agit, grâce à une intégration nouvelle des conflits anciens, d'aboutir à une meilleure connaissance et maîtrise de soi-même et d'ouvrir un avenir qui ait le droit d'être infidèle au passé et qui ne soit pas la simple reconduction du système actuel.

Dans le jeu groupal, la fiction authentifie le réel. Le patient parvient à mieux se situer, à relativiser ses fantasmes et à s'ouvrir au monde des nombreux possibles que le réel recèle. Grâce aux effets théâtraux que la mise en acte autorise, il identifie les affects et les fantasmes qui l'habitent et se libère progressivement des rôles qui le figent.

Les interactions entre les participants et le fait de voir comment le psychothérapeute fait travailler chacun aident énormément à concevoir et affronter autrement les difficultés. Chaque participant comprend que d'autres manières de penser sont possibles, d'autres manières d'agir aussi. Il saisit la créativité des autres dans l'invention de voies de dégagement ou au contraire leur blocage dans des systèmes défensifs répétitifs et inadaptés. Chacun perçoit cette défensivité beaucoup plus facilement chez l'autre que chez soi : il faut ensuite aider la personne à importer dans son propre monde, interne et existentiel, ce qu'elle a perçu avec tant de netteté chez les autres participants. L'identification partielle à l'autre, thérapeute ou participant, est nécessaire pour créer des *insights*, des prises de conscience qui peuvent être mutatives. Le groupe offre des possibilités multiples d'identification et de nouvelle scénarisation, c'est-à-dire de modification et de renouvellement de son propre scénario de vie dans

ses différents constituants : monde émotionnel, vie relationnelle, univers fantasmatique, etc. Chacun peut y percevoir d'autres modes d'être et tenter d'adopter ceux qui pour lui sont générateurs de changement et d'émancipation.

Le groupe à la fois génère des angoisses archaïques et est un excellent amortisseur de ces angoisses. Il fait peur et il rassure. Par exemple le fait d'être face à une assemblée de personnes distinctes, séparées, peut dans un premier temps renvoyer à une angoisse de morcellement mais dans un second temps, après avoir senti les liens qui réunissent ces personnes et constituent le groupe en un tout solidaire, cela peut au contraire favoriser le rassemblement des parties de soi. De même, se mettre en cercle permet à chacun de voir tout le monde et nourrit le fantasme du groupe comme ventre enveloppant et protecteur.

Dans un groupe, les thèmes, les fantasmes et les affects évoluent parallèlement chez chaque participant et dans l'assemblée. L'effet de résonance s'effectue dans les deux sens : le monde interne et le mode relationnel de chacun modifient le groupe dont la vie fantasmatique et émotionnelle va également influencer l'univers intime des participants. Le projet n'est pas tant pour ceux-ci de faire du groupe que de faire groupe avec ce que cela implique d'assistance, de secours et de recours. Et parallèlement il s'agit bien sûr qu'émergent et s'épanouissent leur personnalité, leur singularité.

« Les paroles entredites mettent à jour les pensées interdites », (Kaës, 1994, p. 6)

C'est tout l'art du thérapeute de groupe que d'utiliser les interstices, les interfaces et les passages entre les mondes interne et externe de chaque individu et du groupe pour lever le refoulement et pour augmenter la tolérance à ce qui jusque-là était interdit de représentation et/ou de parole. Pour stimuler aussi le double processus de croissance, individuel et groupal, sans que l'un ne vienne phagocyter ou exclure l'autre.

Les besoins identitaires sont ici directement nourris : besoin d'être soi au milieu des autres, besoin d'être reconnu et valorisé, besoin de préserver son monde interne et besoin d'interagir avec l'environnement humain. Le groupe est souvent vécu au début comme une menace pour l'identité, la dynamique collective étant appréhendée comme une « dynamite » risquant de faire exploser les défenses individuelles. Puis il apparaît rapidement comme un lieu et un temps à la fois d'affirmation des individualités, des singularités et en même temps de confortation du sentiment d'appartenance à une même humanité. Les remaniements identitaires y sont donc possibles, en grande partie grâce au travail des similitudes et de l'altérité qui à la fois rapproche et sépare. L'élucidation des mécanismes imaginaires et projectifs, l'acceptation des aspects déniés de soi, la réévaluation de l'image de soi favorisent le dégagement tant de

l'isolement protecteur que de la quête fusionnelle, tous deux signes et symptômes d'une fragilité narcissique (Lipiansky, 1992).

Bruno et l'agressivité refoulée

Le contexte est le suivant : il s'agit d'un groupe continu de psychothérapie émotionnelle et analytique animé par deux psychothérapeutes, un homme et une femme qui collaborent professionnellement depuis une quinzaine d'années. Cette co-animation présente plusieurs avantages : d'abord, elle relativise les prises de position singulières de chaque praticien, qui n'est plus l'interlocuteur unique du patient ; elle autorise aussi une diversification du transfert, dont une partie se porte sur l'autre thérapeute (celui qui n'est pas le référent principal du patient) et une autre partie sur la dyade qu'ils forment et qui rappelle peu ou prou le couple parental ; enfin, lorsque l'un des thérapeutes est impliqué dans une interaction avec un patient ou le groupe, l'autre peut prendre plus de recul et se mettre en position d'observateur, ce qui lui permet d'évaluer la pertinence des interventions de celui qui interagit. La régulation qui s'ensuit entre les deux intervenants, et l'aide que chacun apporte à l'autre pour clarifier ses réactions contre-transférentielles, favorisent l'ajustement de leurs attitudes et de leurs stratégies d'approche des personnes et des situations.

Ce groupe constitué de seize participants se réunit un week-end par mois. Il est non résidentiel, chacun rentrant chez lui ou à son hôtel le samedi soir. Bruno y participe depuis quelques mois, tout en poursuivant sa thérapie individuelle avec un autre analyste que ceux présents.

Âgé d'une cinquantaine d'années, BRUNO est responsable de l'intendance dans un grand centre hospitalier. Lors de son divorce il y a deux ans, il a quitté la maison familiale pour s'installer dans un deux-pièces en région parisienne et voit sa fille de quatorze ans un week-end sur deux. C'est un homme intelligent et doux, « trop gentil, limite con » dit-il. Il a en effet développé une gentillesse extrême qui, par exemple, l'a contraint à accepter des conditions de séparation conjugale dans lesquelles il fut grandement perdant. Se vivant comme un « loser » il souffre de ne pouvoir affronter sa vie et les gens de manière plus ferme, plus adulte.

Ce jour-là, il évoque un incident survenu la veille du groupe : s'étant arrêté en voiture à un feu rouge, il s'est fait « rentrer dedans » par un automobiliste furieux qui est descendu de voiture, l'a injurié puis menacé de coups s'il ne dégageait pas au plus vite. Lui s'est retrouvé littéralement pétrifié devant cette agressivité totalement injustifiée. Pris entre le désir de dire à cet homme ce qu'il pensait de son attitude et la peur que cela dégénère en bagarre, il est resté mutique, les mains crispées sur le volant et a démarré dès que le concert de klaxon des autres automobilistes, eux aussi énervés, lui eut fait comprendre que le feu était depuis un moment repassé au vert. Parlant de cette scène récente, il transpirait, s'agitait, et sa voix étonnamment calme contrastait avec son état général. Après lui avoir

fait prendre conscience de cette discordance, les thérapeutes lui proposèrent une mise en acte psychodramatique de cette situation qui condensait plusieurs thématiques fortes dans sa vie : la peur, la honte, l'insoutenable appel pulsionnel et aussi des fantasmes homosexuels refoulés qui avaient déjà fait l'objet d'une exploration lors d'une précédente session.

La scène fut donc mise en place, un participant venant aider Bruno en jouant le conducteur agressif et les autres personnes représentant les automobilistes qui étaient tout d'abord dans l'attente prudente et patiente puis dans l'agacement et l'exhortation sonore.

Cette scène fut jouée en trois temps : premièrement telle qu'elle s'était déroulée, et Bruno put revivre le blocage émotionnel qui l'avait rempli de malaise pendant et depuis cette situation. Deuxièmement les thérapeutes lui proposèrent d'associer avec des événements de son histoire et de faire du lien entre cette expérience récente et son contexte infantile. Il put par exemple verbaliser ce qui se passait pour lui quand son père rentrait tard, éméché et hurlait dans la maison, le remplissant de terreur. Troisièmement, la scène fut rejouée mais au lieu de rester dans le blocage et la peur, Bruno fut invité à exprimer avec toute la force dont il était capable son « ras le bol » d'être encore, à son âge, confronté à la « méchanceté injuste » des autres et sa colère d'être impuissant face à « tous ces cons qui bouffent la vie des autres ». « La seconde fois libère de la première », disait Moreno. Rejouer une situation revient, dans ces conditions, à la recréer de manière originale, dans un contexte inédit et avec un sens renouvelé.

Ce psychodrame émotionnel dura une quarantaine de minutes. À la fin, Bruno apparut épuisé mais détendu. Il avait pu exprimer sa peur et sa force, son impuissance et sa puissance, et il avait fait des liens avec son histoire infantile mais aussi et complémentaiement avec son histoire familiale plus récente. Le projet n'était pas seulement l'extériorisation de la situation conflictuelle exposée et des tensions qui en résultaient à des fins de détente, mais aussi d'une réintériorisation plus consciente, élaborée et intégrative des enjeux que cette situation condensait.

Beaucoup de personnes du groupe s'étaient senties concernées par tel ou tel élément du travail de Bruno. Ils purent dire ce qui résonnait en eux, notamment Catherine dont le père avait le même profil que celui de Bruno et qui demanda à travailler dès que possible car elle sentait qu'elle avait besoin d'exprimer sa souffrance toujours vive. Elle était également en plein divorce et avait reconnu dans les propos et le positionnement de Bruno nombre de schèmes qui l'habitaient et l'inhibaient fortement. Les thérapeutes lui proposèrent donc de poursuivre et le travail thérapeutique groupal put s'enchaîner en passant ainsi d'un patient à l'autre sur des sujets qui préoccupaient chacun à des degrés divers.

Il existe une fertilisation mutuelle entre les niveaux intra-subjectifs, intersubjectifs et groupaux. Le sujet abordé par Bruno appartient à son monde intime mais touche aussi au thème universel de la difficile gestion de la pulsion aggressive, de la violence à l'œuvre dans les rapports humains tant sur le plan des transactions interindividuelles qu'à celui des situations collectives (implosion groupale, phénomènes de foules,

violences internationales...). Des principes semblables agissent aux différents niveaux de l'expérience humaine, et si l'on touche à l'un de ces niveaux, on influence les autres. Ici, la centration sur Bruno pendant son intervention eut des effets non seulement sur Bruno mais aussi sur les autres membres du groupe, sur leurs interactions et sur la vie du groupe dans son ensemble. On a affaire à des emboîtements de niveaux, intrication qui est la source même du gain thérapeutique que l'on peut attendre de ces mises en situation.

UN LABORATOIRE EXPÉRIENTIEL

La psychothérapie en groupe est un mixte de poursuite du travail effectué individuellement et de dynamique collective. Elle nécessite un cadre de sécurité qu'incarne le psychothérapeute. Ce cadre se concrétise par l'énoncé de règles de fonctionnement concernant le non-passage à l'acte agressif et la non-réalisation sexuelle entre les membres du groupe. Il intègre aussi la stricte confidentialité. La situation groupale ainsi cadrée donne la possibilité à chacun, à travers les échanges impliquants avec les autres, de panser certaines de ses blessures affectives et de penser autrement certains de ses problèmes de vie. La combinaison entre la rencontre à deux lors des séances individuelles et le contexte groupal stimule le processus psychothérapique en permettant notamment de circonvenir les défenses du patient sans les effondrer, et d'affronter avec plus d'efficacité les résistances au changement qui ne manquent pas de s'actualiser dans l'une comme dans l'autre situation.

Le groupe aide à passer du drame au jeu, de l'inertie à la mobilité, de la rupture à la liaison et de la répétition à l'innovation. Il s'édifie comme réorganisateur des espaces psychiques individuels. La vision à la loupe des fantasmes, qu'ils apparaissent personnels ou collectifs, permet leur socialisation et leur intégration. Il en va ainsi par exemple avec les multiples projections que cette situation fait éclore. À l'affrontement de ce qui apparaît s'ajoute le dévoilement de ce qui se cache. Tout ce qui habite la personne peut ici être éveillé, plus ou moins à son insu. L'expérience vivante du groupe et l'atmosphère permissive qui s'en dégage aident à l'affrontement des peurs, des manques et à leur expression, chacun devenant plus libre d'accepter des liens affectifs profonds et de communiquer authentiquement. Sa pluridimensionnalité, la complexité de son fonctionnement interne et interactif, ses potentialités livrent alors toute leur richesse créative et curative.

La proximité non fusionnelle, le rapprochement différentiel et la complicité non collusive caractérisent de tels groupes qui sont ainsi des situations relationnelles au service de la lutte contre l'angoisse (« La vie de tout groupe apparaît comme un effort solidaire pour établir une défense collective contre l'angoisse », Pagès, 1968, éd. 1984, p. 106), au service également du partage affectif et de l'élaboration mentale. Ils

favorisent donc des expériences intrapsychiques et interactives à haute valeur thérapeutique.

Les pratiques de groupe ont également provoqué un sensible rapprochement des différentes démarches thérapeutiques. On retrouve en effet dans nombre de groupes animés par des praticiens qui, à l'origine, sont d'obédiences différentes une synthèse d'éléments divers empruntés au groupe de rencontre rogérien, au psychodrame, aux thérapies émotionnelles, à la psychanalyse, à l'analyse transactionnelle, à la gestalt-thérapie, à l'analyse bioénergétique, au comportementalisme, etc. Le développement actuel de la psychothérapie intégrative reflète bien cette convergence dont le groupe thérapeutique a été le creuset. La raison en est qu'au-delà des formulations théoriques divergentes existent des éléments transversaux qui interviennent de manière plus ou moins constante dans le processus de changement. Le groupe est un « laboratoire » expérientiel particulièrement favorable au repérage et à la mise en œuvre de ces éléments.

Conclusion

LE MÉTIER DE PSYCHOTHÉRAPEUTE

IL RESSORT de cet ouvrage que la psychothérapie est plurielle et en devenir. Les champs de recherche tant conceptuels que cliniques sont nombreux au sein de cette discipline dont nous avons soutenu les aspects dynamiques, intégratifs et multiréférentiels.

Nous avons montré que la reconnaissance d'une pluralité de visions possibles des réalités humaines justifie que l'on fasse appel à plusieurs d'entre d'elles pour essayer d'être intellectuellement plus lucides et pratiquement plus souples. Et ainsi mieux aider les personnes qui consultent à trouver leur chemin. Rappelons-le, un thérapeute est efficace dans la mesure où il aide ses patients à le devenir pour eux-mêmes. Et pour cela il a besoin de faire appel aux différentes formes de créativité qui sont à sa disposition. Elles impliquent le jeu interactif, l'innovation qui est une recherche faite de tâtonnements, d'essais et d'erreurs, l'improvisation qui est une réponse d'apparence spontanée issue de la capitalisation des expériences anciennes, le recours à la pensée divergente qui n'a pas peur des détours pour appréhender les situations sous des jours différents. Mais elles supposent aussi la rigueur conceptuelle et, si possible, l'humour.

L'avenir de cette profession dépendra de sa capacité à instaurer l'articulation et le dialogue entre les différentes tendances, le respect mutuel, la communication des cultures, la prise en considération des idées isolées et des vérités partielles, l'enrichissement que créent les croisements et l'hybridation. Cet éloge du métissage rencontre pourtant beaucoup de résistances. On considère parfois les mêleurs de style comme des

confusionnistes et on rejette le projet de rapprochement au nom de la pureté des doctrines. Mais il s'agit pourtant d'un rapprochement différentiel qui sait reconnaître les oppositions et apprécier les singularités. Face à la complexité des phénomènes humains, il apparaît bien utile et thérapeutiquement fécond de pouvoir remplacer les alternatives (*ou bien ceci ou bien cela*) par les articulations (*ceci et cela*), les divorces par des alliances et ainsi d'élargir notre champ de compréhension et nos capacités d'action. Si nous avons rejeté les exclusives et les clivages, nous n'avons cependant pas nourri le rêve d'une unité où se fondraient les différences. Nous avons plutôt visé un rassemblement dynamique qui récuse l'idée d'une théorie globale pouvant rendre compte de l'ensemble de la réalité. La démarche défendue dans cet ouvrage n'est bien sûr pas la seule possible : elle s'appuie sur notre expérience, nos référents et ceux de quelques autres. Elle est tension et mouvement jamais achevé vers la prise en compte et la mise en relation des pratiques existantes sans prétendre à l'exhaustivité.

Nous souhaitons conclure en insistant sur deux questions vives : le rôle de la relation dans le processus d'évolution ; la formation des psychothérapeutes.

L'IMPORTANCE DE LA RELATION

La relation est, on l'a vu, le cœur du mouvement transformateur. L'alliance entre le psychothérapeute et ses patients repose à la fois sur l'implication affective et sur la distanciation réflexive, sur la vibration empathique et sur l'élaboration cognitive. La conception de la relation thérapeutique s'est profondément modifiée avec l'évolution même des psychothérapies. Pour schématiser, on peut dire qu'on est passé d'une « psychologie à une personne » fondée sur l'extériorité et la position d'expert du thérapeute analysant objectivement le fonctionnement du patient dans une attitude de neutralité, à une « psychologie à deux personnes » où l'accent est mis sur la relation intersubjective, l'implication mutuelle et la co-construction dialogique du sens. Nous avons voulu dépasser ces deux conceptions pour proposer un modèle triadique alliant distanciation et implication, technicité et humanité ; ce modèle prend pleinement en compte la relation humaine intersubjective (s'exprimant notamment dans les mouvements de transfert et de contre-transfert) mais y introduit un tiers symbolique constitué par l'ensemble du dispositif thérapeutique (cette notion incluant notamment celles de modèles de référence, de cadre et de supervision). La présence de ce tiers joue le rôle de garde-fou qui empêche que la relation ne bascule dans le duel de l'échange quotidien où chacun est renvoyé à sa seule subjectivité. Elle permet au thérapeute de jouer avec le patient sur tous les registres de la communication (cognitif et affectif, verbal et corporel, intellectuel et émotionnel...). Cette conception confère aussi, comme nous l'avons souligné, une place importante à l'action comme forme d'expression,

comme moyen de changement (dans la mise en acte) et comme visée de la transformation du patient.

Le psychothérapeute favorise la restauration des capacités à communiquer, à aimer, à comprendre et à construire. Assumant sa fonction de « passeur », il ménage des transitions : d'une pensée à une autre, d'une émotion à une autre, d'une conduite vers une autre... Ce qui bien sûr est un travail risqué où le thérapeute, comme le patient, s'expose à l'imprévu, à l'indéterminé et à l'ignoré. Il est finalement plus artisan que savant, plus ingénieux qu'ingénieur. Quant au patient, opérant des ruptures vis-à-vis de ses habitudes mentales et comportementales, il va progressivement accroître la connaissance de lui-même, la conscience de ses forces et de ses failles, et sa capacité à agir. Il va modifier sa pensée et ses attitudes concrètes et ainsi acquérir une manière d'être plus accordée à ce qu'il est vraiment, en deçà de ses masques et au-delà de ses mécanismes défensifs.

Dans l'identification de ce qui est thérapeutique, les qualités personnelles du praticien font partie des facteurs communs à l'ensemble des méthodes. S'y ajoutent aussi : la vigueur de l'alliance thérapeutique qui est un bon facteur prédictif de l'évolution d'une psychothérapie, la motivation du patient à changer, une gestion émotionnelle affinée, une meilleure estime de soi, l'acquisition de nouveaux comportements, l'amélioration des capacités d'introspection¹.

LA QUESTION DE LA FORMATION

Acquérir une formation universitaire de psychologue ou de médecin ne fournit pas une compétence dans le domaine de la psychothérapie même si de telles formations sont assurément utiles. Avoir appris des techniques d'entretien, être aguerri à l'observation de malades mentaux dans un service psychiatrique ou encore connaître la nosographie psychopathologique sont des atouts certains mais insuffisants pour l'exercice de cette profession qui requiert d'autres acquis et d'autres aptitudes. L'expérience personnelle d'une démarche psychothérapique et la formation aux modalités relationnelles spécifiques à cet exercice professionnel sont des éléments indispensables. C'est pourquoi de telles formations sont aujourd'hui le plus souvent dispensées hors de l'université.

Le professionnel doit préalablement s'être confronté lui-même au processus pour prétendre avec quelque sérieux le proposer à d'autres. Pour devenir un praticien, il lui faut avoir durablement consulté un psychanalyste, un psychothérapeute, ou plusieurs. Cette démarche personnelle est un passage obligé pour prendre conscience de son propre fonctionnement psychique et interactif, et pour pouvoir gérer le transfert et le contre-transfert. Précisons que si cette psychothérapie s'est effectuée

1. Pour une présentation détaillée de ces facteurs communs, voir Chambon, Marie-Cardine, *Les bases de la psychothérapie*, Dunod, seconde édition 2003.

selon une approche unique, le praticien aura tendance à transformer sa propre expérience en modèle et à reproduire la technique expérimentée sans grande possibilité de distance critique ou d'aménagement. Ce risque est réduit quand la trajectoire psychothérapique a permis la fréquentation de deux ou plusieurs approches. Quoi qu'il en soit, une démarche psychothérapique personnelle s'est donc imposée comme un élément essentiel de la formation et se trouve généralement exigée pendant toute la durée de celle-ci. Cette psychothérapie personnelle est la base de la compréhension réelle du processus de changement et ne peut être remplacée par un abord extérieur sous la forme de lectures, de cours théoriques ou de stages d'observation. Bien entendu, lectures, cours théoriques et stages sont néanmoins nécessaires.

Car il faut aussi s'être formé conceptuellement, et pratiquement, à au moins une manière de penser et d'exercer ce métier complexe et tellement impliquant. Il sera ensuite demandé au thérapeute d'être en supervision et de se conformer à un code déontologique élaboré par la profession. C'est le minimum requis pour diminuer le risque que des professionnels peu formés et épris de pouvoir n'exercent, hors de tout contrôle, leur emprise sur des personnes fragiles que leur souffrance expose à la manipulation.

Les écoles formant à titre privé des psychothérapeutes¹ le font sur un double mode, expérientiel et didactique. Les étudiants y sont moins jeunes qu'à l'université car ce sont en grande majorité des personnes déjà inscrites dans le monde professionnel (personnels de santé, travailleurs sociaux, psychologues, etc.) et engagées dans une démarche de reconversion ou de formation continue. Une certaine maturité est en effet nécessaire ainsi qu'une sensibilité déjà acquise dans le domaine de la relation d'aide. Pendant leur formation, qui s'étend sur plusieurs années et qui associe étroitement thérapie personnelle, enseignement didactique et démarches expérientielles, ils seront mis en situation concrète d'apprentissage.

La profession de psychothérapeute est encore trop confinée, objet de projections négatives et de malentendus. Elle mérite d'être mieux connue du public et des pouvoirs politiques, et d'être perçue comme une activité sociale utile et féconde. L'enjeu est d'autant plus important que nous sommes confrontés à une médicalisation grandissante du trouble psychique. La France a aujourd'hui le triste privilège d'être « championne du monde » de la consommation de psychotropes. Cette place indique davantage une tendance à traiter la souffrance psychologique comme une maladie plutôt qu'elle ne traduit l'état pathologique de nos contemporains. On constate, par exemple, l'extension considérable de la notion

1. On trouvera une liste de ces principales écoles dans l'ouvrage d'Edmond Marc, *Le guide pratique des psychothérapies*, Retz, 2000. Signalons notamment le sérieux et l'intérêt des formations intégratives dispensées à la Nouvelle Faculté libre de développement et de psychothérapie, 6 rue Beauregard, 75002 Paris et au Centre interdisciplinaire de formation à la psychothérapie, 17/21 av. G. Péri, 94300 Vincennes.

de dépression, assimilée de plus en plus à un dérèglement physiologique relevant d'une biochimie médicamenteuse. Or, il s'agit d'un symptôme qui peut intervenir dans des contextes très variés (rupture, deuil, perte d'emploi, solitude, vieillissement...) et qui a toujours une signification existentielle. Sa désignation comme « maladie » tend à occulter cette signification et à empêcher souvent qu'une aide efficace puisse être apportée à la personne déprimée. La pleine reconnaissance du métier de psychothérapeute peut aider à sortir de ce type de confusion et à mieux cerner la spécificité du champ qui est le sien.

Ses bases, comme on l'a souligné, sont l'investigation des potentialités, l'élargissement du champ des possibles, la recherche de connaissances adéquates, le dévoilement des forces de l'ombre et le développement de relations justes et nourrissantes. Ces enjeux de l'aventure psychothérapique sont importants autant pour les individus concernés que pour la société dans laquelle ces pratiques s'inscrivent.

BIBLIOGRAPHIE

- ABRAHAM N. et TOROK M. (1978), *L'Écorce et le Noyau*, Paris, Flammarion, 1987.
- ADLER A. (1912), *Le Tempérament nerveux*, Paris, Payot, 1992.
- ANZIEU D. (1974), Introduction au *Bulletin de psychologie*, n° spécial « Groupes ».
- ANZIEU D. (1975), *Le Groupe et l'Inconscient*, Paris, Dunod, 3^e éd. 1999.
- ANZIEU D. (1985), *Le Moi-peau*, Paris, Dunod.
- ANZIEU D. (1994), *Le Penser*, Paris, Dunod.
- ARRIVÉ J.-Y. (2001), *Savoir vivre ses émotions*, Paris, Retz.
- BACHELARD G. (1950), *La Dialectique de la durée*, Paris, PUF.
- BALINT M. (1968), *Le Défaut fondamental. Aspects thérapeutiques de la régression*, Paris, Payot.
- BALINT M. (1972), *Les Voies de la régression*, Paris, Payot.
- BASCH M.-F. (1995), *Comprendre la psychothérapie. Derrière l'art, la science*, Paris, Le Seuil.
- BATESON G. (1980), *Vers une écologie de l'esprit* t.2, Paris, Le Seuil.
- BERGERET J. (1999), « Les psychanalystes et leurs groupes », *Revue française de psychanalyse* n° 3.
- BERNE E. (1961), *Analyse transactionnelle et psychothérapie*, Paris, Payot, 1971.
- BERNE E. (1967a), *Des jeux et des hommes*, Paris, Stock.
- BERNE E. (1967b), *Que dites-vous après avoir dit bonjour ?*, Paris, Tchou.
- BIOY A., MAQUET A. (2003), *Se former à la relation d'aide*, Paris, Dunod.
- BLOCH D. (1981), *Comme ça la sorcière ne me mangera pas*, Paris, Robert Laffont, coll. « Réponses ».
- BLOCH E. (1959), *Le Principe espérance*, t. I, Paris, Gallimard, 1976.
- BLOOM A. (1996), *L'Amour et l'Amitié*, Paris, Éditions de Fallois.
- BOUCHERAT-HUE V. et al., (2001), *Les Psychothérapies analytiques en institution*, Paris, Dunod.
- BOUTINET J.-P. (1993), *Psychologie des conduites à projet*, Paris, PUF.
- BOWLBY J. (1974), *Attachement et perte*, Paris, PUF, 1978.
- BRISSAUD P.-Y. (2001) *Surmonter ses blessures*, Paris, Retz.
- CHAMBON O., MARIE-CARDINE M. (2003), *Les Bases de la psychothérapie*, Paris, Dunod.
- CHESNEAUX J. (1996), *Habiter le temps*, Paris, Bayard.
- CLÉMENT G. (1991), *Le Jardin en mouvement*, Pandera.
- CLÉMENT G. (1996) « Les contours de l'inattendu », in Chateauvallon, *Pour une utopie réaliste*, Paris, Arléa.
- COMTE-SPONVILLE A. (1999), *L'Être-Temps*, Paris, PUF.

- COSNIER J. (1994), *Psychologie des émotions et des sentiments*, Paris, Retz.
- DELOURME A. (1997), *La Distance intime*, Paris, Desclée de Brouwer.
- DELOURME A. (1999), *Le Bonheur possible*, Paris, Retz.
- DELOURME A. (dir.) (2001), *Pour une psychothérapie plurielle*, Paris, Retz.
- DÉTIENNE M. et VERNANT J.-P. (1974), *Les Ruses de l'intelligence. La métis des Grecs*, Paris, Flammarion.
- DIEL P. (1996), *Psychologie de la motivation*, Paris, Payot.
- DOLLÉ-MONGLOND B. (1998), *Introduction aux thérapies familiales*, Paris, ESF.
- DOLTO F. (1985), *La Cause des enfants*, Paris, Robert Laffont, 1997.
- DOLTO F. (1987), *La Cause des adolescents*, Paris, Pocket, 1999.
- DUNSTETTER D., LOETSCHER M., MEYER R. (1993), *Lieux du corps en psychothérapie*, Marseille, Éditions Hommes et perspectives.
- ELKAÏM M. (1995), *Panorama des thérapies familiales*, Paris, Le Seuil.
- FERENCZI S. (1933) « Confusion des langues entre les adultes et l'enfant », *Psychanalyse* 4, Payot, 1982.
- FOURCADE J.-M. (1997), *Les États limites*, Paris, Desclée de Brouwer.
- FRAISSE P., PIAGET J. (1963), *Traité de psychologie expérimentale*, vol. VI, Paris, PUF.
- FREUD S. (1900), *L'Interprétation des rêves*, Paris, PUF, 1967.
- FREUD S. (1904), *Cinq leçons sur la psychanalyse*, Payot, Paris, 1965.
- FREUD S. (1911), « Le Maniement de l'interprétation des rêves en psychanalyse », in *La Technique psychanalytique*, Paris, Puf, 1972.
- FREUD S. (1912a), « Conseils aux médecins sur le traitement analytique », in *La Technique psychanalytique*, Paris, Puf, 1972.
- FREUD S. (1912b), *Totem et tabou*, Paris, Payot, 2001.
- FREUD S. (1914), « Pour introduire le narcissisme », in *La Vie sexuelle*, Paris, PUF, 1969.
- FREUD S. (1915), *Introduction à la psychanalyse*, Paris, Payot, coll. « Petite bibliothèque Payot », 2001.
- FREUD S. (1920), *Au-delà du principe de plaisir*, Payot, Paris, 1981.
- FREUD S. (1926), *Inhibition, symptôme et angoisse*, trad., Paris, PUF, 1973.
- FREUD S. (1937), « L'analyse avec fin et l'analyse sans fin », in *Résultats, idées, problèmes*, t. II, Paris, PUF, 1985.
- FREUD S., BREUER J. (1895), *Études sur l'hystérie*, trad. PUF, 1956.
- GAULEJAC V. de (1996) *Les sources de la honte*, Paris, Desclée de Brouwer.
- GÉRIN P., DAZORD A. (1992), *Recherches cliniques planifiées sur les psychothérapies*, Paris, Inserm.
- GERMAIN S. (1994), *Immensités*, Paris, Gallimard.
- GILLIÉRON E. (1983), *Les Psychothérapies brèves*, Paris, PUF.
- GINGER S. (2000), *La Gestalt. Une thérapie du contact*, Paris, Hommes et groupes.
- GREEN A. (1990), *La folie privée*, Paris, Gallimard.
- GREEN A. (2000), *Le Temps éclaté*, Paris, Éditions de Minuit.
- GREENSON R. (1977), *Technique et pratique de la psychanalyse*, trad., Paris, PUF.
- GUTTON Ph. (1988), « Le jeu chez l'enfant », GREUPP, Paris.
- HEFEZ, S. (2002), *La Danse du couple*, Odile Jacob.
- HENNEZEL M. de (1995), *La Mort intime*, Paris, Robert Laffont.
- HUGUET M. (1987), *L'Ennui*, Paris, Masson.

- IONESCU S., JACQUET M., LHOTE C. (1997), *Les Mécanismes de défense*, Paris, Nathan.
- JAKOBSON R. (1963), *Essais de linguistique générale*, éditions de Minuit.
- JANOV A. (1975), *Le Cri primal*, Paris, Flammarion.
- JEAMMET Ph. (2001), « Évolution des problématiques à l'adolescence », Paris, Doin.
- JEAMMET Ph. (2002), *L'Adolescence*, Paris, Solar.
- JUNG C.G. (1953), *La Guérison psychologique*, Genève, Librairie de l'université, 1987 (trad.)
- KAËS R. (1982), « Ce qui travaille dans les groupes », in R. Kaës, A. Misse-nard et al., *Le Travail psychanalytique dans les groupes*, t. 2. *Les Voies de l'élaboration*, Paris, Dunod.
- KAËS R. (1989), *Le Générationnel. Approche en thérapie familiale psychanalytique*, Paris, Le Centurion.
- KAËS R. (1994), *La Parole et le Lien : processus associatifs dans les groupes*, Paris, Dunod.
- KEPNER J. (1998), *Le corps retrouvé en psychothérapie*, trad. fr., Paris, Retz.
- KERNBERG O. (1989), *Les Troubles limites de la personnalité*, Toulouse, Privat.
- KERNBERG O. (1991), *La personnalité narcissique*, Toulouse, Privat.
- KESTEMBERG E., JEAMMET Ph. (1987), *Le Psychodrame psychanalytique*, Paris, PUF, coll. « Que sais-je ? ».
- KLEIN E. (2002), *Le temps existe-t-il ?*, Paris, Le Pommier.
- KLEIN M. (1932), *La Psychanalyse des enfants*, Paris, PUF, 1991
- KLEIN M. (1948), *Développement de la psychanalyse*, Paris, PUF, 1966.
- KLINKHAMER, STEKETÉE (1970), *Psychothérapie par le jeu*, Bruxelles, Dessart.
- KOHUT H. (1971), *Le Soi*, Paris, PUF, 1974.
- KOHUT H. (1984), *Analyse et guérison*, Paris, PUF, 1991.
- « L'Art d'aider », *Revue de psychologie de la motivation*, n°34, 2002 et n°35, 2003.
- LACAN J. (1966a), *Écrits*, Paris, Le Seuil.
- LACAN J. (1966b), « Fonction et champs de la parole et du langage », *Écrits*, Paris, Le Seuil,
- LANGLOIS-MEURINNE G. (2003), « Peut-on être libre dans la relation thérapeutique », *Revue de la psychologie de la motivation*, n°35, juin.
- LANGLOIS-MEURINNE N. (2003), « La relation thérapeutique : un chemin à vivre », *Revue de la psychologie de la motivation*, n°35, juin.
- LANGS R. (1988), *Thérapie de vérité, thérapie du mensonge*, Paris, PUF.
- LAPLANCHE J., PONTALIS J.-B. (1968), *Vocabulaire de la psychanalyse*, Paris, PUF.
- LEBOVICI S. (1962), « Le jeu chez l'enfant » *Psychiatrie de l'enfant*, n°5.
- LEBOVICI S. (1980), « Névrose infantile, névrose de transfert », *Revue française de psychanalyse*, 44, 5-6, p. 733-857
- LEBOVICI S., DIATKINE R., SOULÈS M. (1985), *Nouveau Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, Paris, PUF.
- LEMAIRE J. (1979), *Le Couple : sa vie, sa mort*, Paris, Payot.
- LEMAIRE J. (1989), *Famille, amour, folie*, Paris, Le Centurion.
- LEMAIRE J. (1998), *Les Mots du couple*, Paris, Payot.
- LIPIANSKY M. (1992), *Identité et communication : l'expérience groupale*, Paris, PUF.
- LITTLE M. (1981), *Des états-limites. L'alliance thérapeutique*, Paris, Éditions des femmes, 1991.
- LOWEN A. (1976a), *La Bioénergie*, Paris, Tchou.

- LOWEN A. (1976b), *Le Corps bafoué*, Paris, Tchou.
- MAISONNEUVE J. (2002), *La Dynamique des groupes*, Paris, PUF, coll. « Que sais-je ? ».
- MARC E. (2000), *Guide pratique des psychothérapies*, Paris, Retz.
- MARC E. (2001), « Quels changements en psychothérapie ? », in DELOURME A., *Pour une psychothérapie plurielle*, Paris, Retz.
- MARC E. (2002), *Le Changement en psychothérapie*, Dunod.
- MARC E., PICARD D. (1996), *L'Interaction sociale*, Paris, PUF.
- MARC E., PICARD D. (2000a), *L'École de Palo Alto*, Paris, Retz.
- MARC E., PICARD D. (2000b), *Relations et communications interpersonnelles*, Paris, Dunod.
- MARCELLI D. (1986), *Position autistique et naissance de la psyché*, Paris, PUF.
- MASQUELIER G. (1999), *Vouloir sa vie*, Paris, Retz.
- MISRAHI R. (1987), *Les Actes de la joie*, Paris, PUF.
- MONTAGU A. (1979), *La Peau et le toucher*, Paris, Le Seuil.
- MORIN E. (1999), *La Tête bien faite*, Paris, Le Seuil.
- MORIN E. (2000), *Les Sept Savoirs nécessaires à l'éducation du futur*, Paris, Le Seuil.
- MORO M.-R., LACHAL Ch. (1996), *Introduction aux psychothérapies*, Paris, Nathan.
- NAPIER A., WHITAKER C. (1980), *Le Creuset familial*, Paris, Laffont.
- NATHAN T., BLANCHET A., IONESCU S., ZADJE N. (1998) *Psychothérapies*, Paris, Odile Jacob.
- NIETZSCHE F. (1882) *Le Gai Savoir*, Gallimard, 1993.
- NORCROSS J.-C., GOLDFRIED M.-R. (dir.) (1998), *Psychothérapie intégrative*, Paris, Desclée de Brouwer.
- PAGÈS M. (1984), *La Vie affective des groupes*, Paris, Dunod, 2002.
- PAGÈS M. (1986), *Trace et sens. Le système émotionnel*, Paris, Hommes et groupes.
- PAGÈS M. (1993), *Psychothérapie et complexité*, Paris, Desclée de Brouwer.
- PAUMELLE H. (2001), *Le Rôle du corps en psychothérapie*, Paris, Dunod.
- PECCEI A., IKEDA D. (1986), *Cri d'alarme pour le XXI^e siècle*, Paris, PUF.
- PERLS F. (1978), *Le Moi, la Faim et l'Aggressivité*, Paris, Tchou.
- PERLS F. (2003), *Manuel de gestalt-thérapie*, Paris, ESF.
- PERLS F., HEFFERLINE R., GOODMAN P. (1977), *Gestalt-thérapie*, Paris, Stenke.
- PIAGET J. (1957), « Les notions de vitesse, d'espace parcouru et de temps chez l'enfant de cinq ans », *Enfance*, 10, 9-42.
- PICARD D. (1983), *Du code au désir. Le corps dans la relation sociale*, Paris, Dunod.
- PINEAU G. (2000), *Temporalités en formation*, Paris, Anthropos.
- PINOL-DOURIEZ M. (1984), *Bébé agi, bébé actif : l'émergence du symbole dans l'économie interactionnelle*, Paris, PUF.
- PLAGNOL A. (2003), « Le paradoxe de la rencontre thérapeutique », *Revue de la psychologie de la motivation*, n° 35, juin.
- PORTELANCE C. (1997), *La Communication authentique*, Montréal, Éditions du CRAM.
- REICH W. (1952), *La Fonction de l'orgasme*, Paris, Éditions de l'Arche.
- REICH W. (1971), *L'Analyse caractérielle*, Paris, Payot.
- RICHARD, F. et al. (2002), *Le Travail du psychanalyste en psychothérapie*, Paris, Dunod.

- ROBERT-OUVRAY S. (1996), *L'Enfant tonique et sa mère*, Paris, Hommes et Perspectives.
- ROBERT-OUVRAY S. (1997), *Intégration motrice et développement psychique*, Paris, Desclée de Brouwer.
- ROGERS C. (1968), *Le Développement de la personne*, Paris, Dunod.
- ROGERS C. (1970), *La relation d'aide et la psychothérapie*, Paris, ESF.
- ROGERS C. (1972), *Réinventer le couple*, Paris, Robert Laffont, 1974.
- ROGERS C. (1991), *Relation d'aide et psychothérapie*, Paris, ESF.
- ROSSET C. (1997), *Le démon de la tautologie*, Paris, Éditions de Minuit.
- ROUDINESCO E., PLON M. (1997), *Dictionnaire de la psychanalyse*, Paris, Fayard.
- ROUGEUL F. (2003), *Familles en crise*, Paris, Georg Éditeur.
- ROUSSILLON R. (1991a), *Le Fait psychanalytique*, Paris, PUF.
- ROUSSILLON R. (1991b), *Paradoxes et situations limites de la psychanalyse*, Paris, PUF.
- ROUSTANG F. (2000), *La Fin de la plainte*, Paris, Odile Jacob.
- ROUSTANG F. (2001), « Tout fait vendre », in DELOURME 2001.
- RUFFIOT et coll. (1981), *La Thérapie familiale psychanalytique*, Paris, Dunod.
- SARTRE J.-P. (1943), *L'Être et le Néant*, Paris, Gallimard, 1993.
- SELVINI-PALAZZOLI M. et coll. (1978), *Paradoxes et contre-paradoxes : un nouveau mode thérapeutique face aux familles à transactions schizophréniques*, Paris, ESF.
- SINELNIKOFF N. (1987), *Les Psychothérapies*, Paris, M.A. Éditions.
- SPINOZA (1677), *L'Éthique*, Paris, PUF, 1993.
- STEINER Cl. (1974), *Des scénarios et des hommes*, Paris, Desclée de Brouwer, 1996.
- SUTTER J. (1983), *L'Anticipation*, Paris, PUF.
- SUTTER J., BERTA M. (1991), *L'Anticipation et ses applications cliniques*, Paris, PUF.
- TARPINIAN A. (2002), « Vers une psychothérapie intégrative », *Revue de psychologie de la motivation*, n° 34.
- TISSERON S. (1992), *La Honte. Psychanalyse d'un lien social*, Paris, Dunod.
- TISSERON S. et coll. (2000), *Le Psychisme à l'épreuve des générations*, Paris, Dunod.
- WATZLAWICK P., WEAKLAND J., FISCH R. (1975), *Changements, paradoxes et psychothérapie*, Paris, Le Seuil.
- WILLY J. (1982), *La Relation de couple, le concept de collusion*, Paris, Delachaux & Niestlé.
- WINFRID H. (1993), *Les Psychothérapies*, Paris, Nathan.
- WINNICOTT D. (1957), *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1969.
- WINNICOTT D. (1960), *Le Processus de maturation chez l'enfant*, Paris, Payot.
- WINNICOTT D. (1971), *Jeu et réalité*, Paris, Gallimard, 1975.

INDEX DES MOTS CLÉS

A

abréaction 109, 158, 165, 166, 194, 260
acting-out Voir passage à l'acte 161
action 22, 107, 108, 120, 128, 153, 195,
213, 257, 260, 272
actualisation 96
affect 108, 128, 132, 210, 253
affirmation de soi 176, 193
agressivité 153, 176, 180, 206, 216,
231, 233
alliance
de travail 101
thérapeutique 6, 86, 273
amalgame 21
ambivalence 234
amplification 133
analyse
primale 148, 155, 164
transactionnelle 51, 124, 188, 270
angoisse 182, 185, 193, 266, 269
anticipation 194
apprentissage 103
approche
intégrative 167
systémique 222
après-coup 47, 92
archaïque 93
association libre 30, 113
attachement 95, 176
attention
capacité d' — 98
flottante 113, 114
awareness 195

B

béhaviorisme 108
bénéfice secondaire 142
besoin 159, 169, 177, 185, 261
bioénergie 5, 68, 90, 126, 129, 148,
150, 155, 164, 188, 192, 262
borderline 2, 167, 181

C

ça 142
cadre 163, 168, 184, 188, 208, 210,
234, 255
caractère 146
carence 159, 162, 169, 175, 176
catharsis 157, 257, 260
changement 11, 13, 70, 73, 77, 88, 111,
121, 187, 191, 196, 234, 242,
248, 251, 261, 269
clarification 116
clivage 149, 178, 179, 225
collusion 226
communication 5, 18, 59, 83, 101, 103,
105, 128, 132, 146, 158, 235,
244, 247, 259
paradoxe 104, 248
complexité 272
condensation 21
confirmation 119, 231, 242
conflit 83, 108, 109, 142, 177, 183,
228, 245, 265
confrontation 116, 150, 194
congruence 84, 113, 132, 134

connotation positive 119, 246, 251
 conscience de soi 175, 177–181
 conseil 119
 contre-transfert 20, 69, 76, 84, 101,
 151, 162, 171, 193, 216
 corps 127, 144, 152, 177, 180, 209
 couple 221–230, 253
 créativité 6, 271
 crise 231, 248
 cuirasse
 caractérielle 71, 125, 146, 148
 musculaire 90, 125–126, 148
 culpabilité 110, 133, 193
 curiosité 43

D

décharge 110
 décision 120
 défaut fondamental 159, 169, 176
 défense 25, 30, 42, 69, 73, 83, 85, 109,
 116, 125, 128, 132, 134, 142,
 148, 149, 162, 175, 178, 186,
 189, 237, 261
 demande 1, 112, 115, 189
 dépendance 162, 177, 191
 déplacement 21
 dépression 218, 275
 désir 73, 112, 175
 dessin 209
 deuil 92, 95, 253
 devenir 45
 distanciation 80, 84
double bind 104, 248
 dramatisation 47

E

école 2, 274
 écoute 86, 112, 114
 émotion 78, 90, 108, 109, 111, 113,
 128, 130, 134, 135, 186, 210,
 218
 empathie 111, 113, 118, 128, 133, 162,
 185, 193, 217
 énergie 108, 109, 111, 125, 154, 261
 équilibre 244
 estime de soi 149

évaluation 2
 exploration 115
 expression 107–109, 127, 130, 192
 émotionnelle 94, 107, 126, 131,
 170
 corporelle 107, 128, 130
 de soi 258

F

facteur
 commun 4
 transversal 6
 famille 28, 48, 210, 237, 242, 250, 253
 fantasme 27, 42, 78, 227, 236, 253, 259
feedback 261
 fixation 85, 93, 156, 158, 165
 focalisation 115
 formation 273
 réactionnelle 144
 frontière 229
 frustration 160, 162

G

gestalt-thérapie 68, 90, 124, 129, 148,
 151, 155, 164, 192, 195, 262,
 270
 groupe 70, 110, 130, 217

H

handling 161, 175
holding 161, 168, 175
 homéostasie 242, 244, 248, 249
 honte 19, 20, 27–30, 110, 133, 192, 232
 hypnose 5, 157, 188

I

ici et maintenant 130, 131, 150, 155,
 164, 165, 171, 195, 259
 idéal du moi 134
 idéalisation 225, 231
 identification 179, 180, 264, 265
 identité 149, 167, 174, 175, 179, 180,
 185, 244, 248, 266
 illusion 25, 82, 177
 imaginaire 59, 179, 181, 209, 215

implication 80, 84, 133
inceste 223, 232
inconscient 27
individuation 175
inhibition 60
injonction paradoxale 121, 246, 250
insight 116, 117, 195, 265
intégration 161, 175–178, 183, 186, 259
interaction 182, 237
interprétation 117, 150, 153, 185, 195, 236
intimité 228
introjection 179
introspection 48
intuition 114
isolation 42, 144

J

jeu 66, 70, 86, 112, 136, 208, 209, 227, 248

L

lâcher prise 109, 194
langage 210
lecture du corps 127
libido 142, 156, 162, 182
libre association 188
lien 77, 82, 95, 238, 261

M

médiation 96
mentalisation 26
métacommuniquer 235
mise en acte 22, 81, 130, 152, 195, 265
mise en mouvement 51
moi 142, 146, 176
mythe familial 252

N

narcissisme 162, 180–182, 198
neutralité 193
 bienveillante 122, 163
non directivité 169

O

omnipotence 212
oral 159
orgasme 125
orientation intégrative 6

P

paradoxe 191, 247
parole 109, 124, 128, 236, 260
passage à l'acte 143, 162, 195, 208, 213
passé 45
patient désigné 242, 247
pensée magique 212
perlaboration 142, 150
place 242, 244, 253, 259
prescription 121
prise de conscience 189, 195
processus 13
 primaire 109, 157
 secondaire 109, 157
progression 96, 102
projection 42
psychanalyse 5, 69, 71, 140, 141, 151, 157, 163, 164, 166, 175, 176, 188, 206, 217, 222, 234, 252, 254, 262
psychodrame 71, 80, 130, 188, 195, 217, 257, 262, 270
psychologie
 dynamique 16
 génétique 88
 humaniste 184, 257
psychosomatique 2, 177, 206, 217
pulsion 125, 149, 153, 175, 180, 183, 268

R

rationalité, rationalisation 41, 42
réalité 212
rebirthing 5, 71, 126, 129, 148, 150, 155, 164
recadrage 111, 118, 195, 247, 251
reconstruction 116
reformulation 116, 118
refoulement 27, 69, 142, 144

règle 269
 régression 59, 102, 149, 155–164,
 168–171, 185, 229
 relation 5, 85, 92, 101, 106, 177, 179,
 184, 198, 242, 272
 d'objet 158–160, 176, 179, 180,
 264
 relaxation 129, 217
 remémoration 194
 rencontre 22, 30, 210
 répétition 60, 93, 95, 197, 211
 représentation 111
 répression 110
 résistance 25, 73, 84, 85, 93, 102, 109,
 116, 140–148, 166, 186, 200,
 236, 261
 caractérielle 146
 résonance 70, 133, 253, 260, 266
 rétroaction 252
 rêve 27, 69, 117, 188
 rôle 242, 244, 257, 265

S

scénario 45, 51, 73, 136, 261, 265
 secret 110, 253
 sécurisation 15, 162
self 149, 161–163, 175, 180
 faux — 149, 151, 161, 166, 167,
 175, 178, 181
 vrai — 149, 166, 175
 sens 106, 237, 238
 sexualité 175, 176, 181, 183
 signification 106, 111, 117, 146, 150,
 195, 255
 soi 162, 167, 177, 197, 228
 affirmation de — 119
 estime de — 176
 image de — 16, 176, 266
 représentation de — 176
 soutien 118, 260
 souvenir 27
 stade
 anal 156
 du développement 156, 183
 du miroir 180

stratégie 11, 251
 thérapeutique 12
 supervision 30
 surmoi 134, 143, 193
 symbolique, symbolisation 111, 130,
 178, 210, 211, 213–214
 symptôme 69, 199, 207, 237, 244
 systémique 5, 29, 234, 241, 249, 254,
 262

T

tension 128, 153, 162
 théorie 3, 66
 de l'apprentissage 5
 de la communication 227
 de la symbolisation 213
 thérapie
 émotionnelle 130, 194, 196, 267,
 270
 rebirth — 93
 art — 80
 brève 99, 188, 200
 comportementale 121, 196
 comportementale et cognitive 150,
 164, 188, 217
 de couple 234–237
 de groupe 220, 257
 existentielle 166
 familiale 229, 241
 humaniste 196
 intégrative 71, 270
 primale 5, 124
 psychocorporelle 123, 127, 148
 système 71, 121, 164, 196
 toucher 159, 184
 trajectoire thérapeutique 71
 transe 158, 168, 188
 transfert 69, 76, 77, 101, 142, 145, 159,
 166, 185, 216, 253, 267
 négatif 171
 névrose de — 157
 transgénérationnel 253
 traumatisme 95, 158, 159, 166, 176,
 182, 212, 218

INDEX DES NOMS PROPRES

A

Adler A. 176
Andolfi M. 253
Anzieu D. 31, 123, 124, 180, 253, 257
Augustin (saint) 89

B

Bachelard G. 98
Balint M. 2, 149, 156–160, 176, 177, 182
Basch M.-F. 56
Bateson G. 104, 241, 248
Bergeret J. 182
Berne E. 51, 124, 136
Berta M. 49
Bion W. R. 257
Bloch E. 39
Boucherat-Hue V. 7
Bowlby J. 176
Braconnier A. 219
Brissiaud P.-Y. 104

C

Chambon O. 6, 273
Chesneaux J. 100
Comte-Sponville A. 89
Cosnier J. 133

D

Dazord A. 3
Delourme A. 4, 185

Descartes R. 224
Diatkine R. 206, 209
Diel P. 197
Dolto F. 206
Don Jackson D. 241

E

Eiguer A. 253
Elkaïm M. 245, 253
Engels F. 39
Eysenck H.J. 188

F

Ferenczi S. 27, 149, 156, 157
Foulkes S. H. 257, 261
Fourcade J.-M. 168, 184
Fraisie P. 88
Freud A. 148, 205, 209
Freud S. 37, 76, 93, 112, 117, 124, 140, 141, 156–158, 162, 165, 175, 176, 180, 183, 196, 205, 211, 214, 224, 257

G

Gaulejac de V. 29
Gaulejac V. de 20, 27
Gérin P. 3
Gilliéron E. 107, 189
Goldfried M.-R. 2
Green A. 5, 93, 164
Greenson R. 144

H

Haley J. 241
 Heidegger M. 90
 Hennezel M. de 55
 Hug-Hellmuth H. 205
 Huguet M. 91

I

Ikeda D. 40
 Ionescu S. 144

J

Jakobson R. 106
 Janov A. 109, 124, 126, 148, 164, 194
 Jeammet Ph. 219, 265
 Jung C. G. 110, 114, 166, 175, 176, 257

K

Kaës R. 253, 254, 261, 264, 266
 Kepner J. 141, 151, 152
 Kernberg O. 149, 171, 182
 Kerstemberg E. 265
 Klein M. 93, 179, 180, 205, 207, 209
 Kohut H. 176, 182, 183

L

Lacan J. 122, 180, 209
 Laing R. 226
 Langlois-Meurinne G. 191
 Langlois-Meurinne N. 198
 Langs R. 151
 Laplanche J. 92, 176
 Lebovici S. 206, 216
 Lemaire J. 222, 236, 239, 254
 Lévinas E. 230
 Lipiansky M. 267
 Little M. 161, 168, 171, 184
 Lowen A. 126, 127, 129, 258

M

Maldiney H. 88
 Marc E. 188, 241, 274
 Marcelli D. 80, 97

Marie-Cardine M. 6, 273
 Marx K. 39
 Masquelier G. 199
 Misrahi R. 26, 55
 Mitchel S. 12
 Montagu A. 180
 Moreno J.-L. 257, 268
 Morgenstein S. 206
 Morin E. 11, 36, 37, 40, 50, 53

N

Nathan T. 30, 40
 Nietzsche F. 29
 Norcross J.-C. 2

P

Pagès M. 6, 54, 86, 131, 167, 210, 269
 Paumelle H. 184
 Peccei A. 40
 Perls F. 124, 126, 129, 151, 152, 165, 193
 Piaget J. 88
 Picard D. 241
 Pinol-Douriez M. 80
 Plagnol A. 191
 Plon M. 164, 176
 Pontalis J.-B. 92, 176
 Portelance C. 132

R

Reich W. 107, 124, 144, 145, 148, 164
 Richard F. 5
 Robert-Ouvray S. 217
 Rogers C. 101, 112, 113, 121, 129, 134, 140, 145, 150, 164, 184, 192, 194, 197, 232, 234, 257, 261
 Rosset C. 43
 Roudinesco E. 164, 176
 Roussillon R. 213
 Roustang F. 4, 5, 37, 43, 191

S

Sartre J.-P. 54
Satir V. 241
Selvini M. 246, 251, 252
Slavson S. R. 257
Steiner Cl. 51
Sutter J. 49, 100

T

Tarpinian A. 6, 26
Tisseron S. 27, 253

W

Wallon H. 180
Watzlawick P. 241
Willy J. 227, 228
Winnicott D. 6, 93, 96, 149, 156, 157,
161, 162, 166, 168, 171,
175–180, 182, 184, 185, 206,
209, 214, 218

Z

Zazzo R. 180